

## СТАТЬИ

УДК 376.2/.3  
DOI**НАРУШЕНИЕ ГЛАГОЛЬНОЙ ЛЕКСИКИ  
У ЛИЦ С ПЕРВИЧНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ АФАЗИЕЙ**<sup>1,2</sup>Бердникович Е.С. ORCID ID 0000-0002-7608-2255,<sup>1</sup>Малич Т., <sup>3</sup>Матросова Т.А.<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

«Российский центр неврологии и нейронаук», Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования

«Московский институт психоанализа», Москва, Российская Федерация,

e-mail: berdnickovitch.elena@yandex.ru;

<sup>3</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Московский педагогический государственный университет», Москва, Российская Федерация

Первичная прогрессирующая афазия относится к малоизученной гетерогенной группе первичных нейродегенеративных заболеваний, при которых наблюдается неуклонное прогрессирование речевых расстройств в течение двух и более лет. Целью настоящего исследования стало изучение особенностей понимания и употребления глагольной лексики у пациентов с первичной прогрессирующей афазией. В период с 2024 по 2025 г. в 5-м неврологическом отделении с молекулярно-генетической лабораторией ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук» на стационарном лечении находились 15 пациентов с первичной прогрессирующей афазией, из которых 10 были включены в экспериментальное исследование. В статье представлен диагностический блок, направленный на всестороннее изучение состояния речи и глагольной лексики у пациентов, страдающих названной нейродегенеративной патологией. Диагностический комплекс включал методику количественной оценки речи Л.С. Цветковой, Адденбрукскую когнитивную шкалу, адаптированную методику оценки лексико-грамматического строя речи Т.А. Матросовой, шкалу тяжести симптомов указанной нозологии, а также Европейский опросник качества жизни EQ-5D-3L. Проведение комплексного логопедического обследования по предложенным авторами методикам позволяет определить специфику глагольного словаря как в экспрессивной, так и в импрессивной речи, что является важным фактором для дальнейшего оказания логопедической помощи, поддержания речевых навыков и улучшения качества жизни пациентов с первичной прогрессирующей афазией.

**Ключевые слова:** первичная прогрессирующая афазия, глагольная лексика, диагностика, актуализация глаголов, коррекция

**IMPAIRMENT OF VERBAL LEXICON  
IN PERSONS WITH PRIMARY PROGRESSIVE APHASIA**<sup>1,2</sup>Berdnikovich E.S. ORCID ID 0000-0002-7608-2255,<sup>1</sup>Malich T., <sup>3</sup>Matrosova T.A.<sup>1</sup>Federal State Budgetary Scientific Institution

«Russian Center of Neurology and Neurosciences», Moscow, Russian Federation;

<sup>2</sup>Non-governmental private educational institution of higher education

«Moscow Institute of Psychoanalysis», Moscow, Russian Federation,

e-mail: berdnickovitch.elena@yandex.ru;

<sup>3</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education

«Moscow Pedagogical State University», Moscow, Russian Federation

Primary progressive aphasia is a poorly studied heterogeneous group of primary neurodegenerative diseases characterized by a steady progression of speech disorders over two or more years. The aim of this study was to investigate the comprehension and use of verb vocabulary in patients with primary progressive aphasia. In the period from 2024 to 2025, 15 patients with primary progressive aphasia were treated in the 5th Neurology Department with a molecular genetics laboratory of the Federal State Budgetary Scientific Institution Russian Center of Neurology and Neuroscience, of which 10 people were included in the experimental study. The article presents a diagnostic block aimed at a comprehensive study of the state of speech and verb vocabulary in patients suffering from the named neurodegenerative pathology. The diagnostic complex included the method of quantitative assessment of speech by L.S. Tsvetkova, Addenbrooke's Cognitive Scale, adapted assessment methodology of lexical-grammatical structure of speech by T.A. Matrosova, the severity scale of symptoms of the specified nosology, as well as the European questionnaire of quality of life EQ-5D-3L. Conducting a comprehensive logopedic examination according to the methods proposed by the authors allows to determine the specifics of the violation of the verb vocabulary in both expressive and receptive speech, which is an important factor for further logopedic assistance, maintenance of speech skills and improvement of the quality of life of patients with primary progressive aphasia.

**Keywords:** primary progressive aphasia, verbal vocabulary, diagnostics, verb actualization, correction

### Введение

Первичная прогрессирующая афазия (далее – ППА) представляет собой нейродегенеративное расстройство, при котором наблюдается неуклонное прогрессирование речевых нарушений в течение двух и более лет, при относительной сохранности психических функций на ранних стадиях заболевания [1; 2]. Статистические данные о частоте встречаемости ППА на глобальном уровне отсутствуют. Информативным для данного исследования являются эпидемиологические показатели лобно-височной деменции (ЛВД) – расстройства, тесно связанного с появлением ППА. В российской популяции отсутствуют достоверные сведения о заболеваемости, распространенности лобно-височной деменции и частоте генетических вариантов, что, несомненно, затрудняет диагностику и раннее включение специалистов в процесс реабилитации столь редкого гетерогенного клинического синдрома. Распространенность ЛВД среди мирового населения составляет 2,7–15,0 на 100 тыс. чел., ~20–40% пациентов с ЛВД имеют ППА [3]. Ежегодная заболеваемость ЛВД в Европе составляет 2,36 случая на 100 тыс. чел., при этом максимальный пик – 13,09 случая на 100 тыс. чел. – приходится на возраст 71 года [4]. Анализ литературных источников свидетельствует, что выживаемость при ЛВД составляет ~6–10 лет, в редких случаях достигает 12–15 лет, при этом не зависит ни от степени тяжести деменции, ни от возраста дебюта заболевания [5].

Природа синдрома ППА остается предметом многолетних дискуссий среди ведущих мировых ученых. Арнольд Пик, знаменитый чешский психиатр, в 1892 г. описал пациента с прогрессирующим расстройством речи, связанным с атрофией левой височной доли и не подходящим под классификации ранее изученных нозологических форм [6]. Американский невролог Марсель Месулам из медицинской школы Гарвардского университета в 1982 г. описал группу из 6 чел. с медленно прогрессирующим изолированным нарушением речи [7]. В своей статье «Медленно прогрессирующая афазия без генерализованной деменции» автор дал подробное описание прогрессирующей афазии, а также указал на возможность существования нескольких форм ППА. Впоследствии М. Месулам выделил три главных критерия, характеризующих ППА [7]:

– прогрессирующая афазия, возникающая раз, выражается постепенно усиливающимся искажением использования речи или понимания;

– расстройство речи является первоначальной и наиболее характерной особенно-

стью, главным критерием ограничения повседневной жизни;

– заболевание признано нейродегенеративным.

В отечественной логопедии интерес к ППА также возник достаточно давно. Три случая ППА были изучены и описаны в ГУ НИИ неврологии РАМН в 2005 г. [8], однако такой диагноз по-прежнему ставится крайне редко, большинство случаев ошибочно объясняется хронической сосудистой патологией головного мозга. В последние годы более интенсивно оценивались конкретные реабилитационные подходы к лицам с ППА [9]. Например, было показано, что восстановительная работа по активизации поиска слов, проводимая логопедом, способствует значительному и длительному функциональному улучшению у пациентов на ранней стадии [10].

За счет своего прогрессирующего, непрерывного характера ППА в конечном итоге приводит к полному распаду речевой функции, значительному снижению социально-бытовой активности и качества жизни пациентов. Осложнения ППА связаны с появлением когнитивных, эмоциональных и поведенческих расстройств. ППА чаще всего является клиническим предвестником какого-либо нейродегенеративного заболевания: лобно-височной дегенерации, болезни Альцгеймера, кортико-базальной дегенерации и других заболеваний [11].

Несмотря на вышеуказанные сложности, специалистам необходимо стремиться к наиболее точной клинической и речевой диагностике ППА: чаще всего ППА манифестирует в позднем среднем возрасте (50–60 лет), что влечет разрушительные последствия в семейной жизни, профессиональной деятельности и социальной активности. С целью дифференциальной диагностики ППА и ограничения ее от сходных расстройств, международной группой ученых были разработаны строгие критерии, включающие и исключающие диагноз ППА. К критериям включения ППА отнесли следующие [12]:

1. Доминирующим, первичным и наиболее значимым клиническим симптомом является нарушение речи.

2. Нарушения речи постепенно прогрессируют и вторично приводят к нарушению качества повседневной жизни человека.

3. Нарушения речи являются ведущим клиническим симптомом в течение двух и более лет.

Критерии исключения ППА:

1. Нарушение речи сочетается с иными нервно-психическими расстройствами.

2. Одним из основных клинических симптомов является нарушение какого-ли-

бо вида памяти или зрительно-пространственных функций.

3. Одним из основных и наиболее выраженных клинических симптомов являются нарушения поведения.

В соответствии с общепринятыми диагностическими критериями (2011) выделяют следующие формы ППА: семантическая форма (без снижения беглости речи, англ. – fluent aphasia / semantic dementia – сППА), аграмматическая (со снижением беглости речи, англ. – non-fluent aphasia – аППА), логопеническая форма ППА (англ. – logopenic aphasia – лППА) [12]. В 2015 г. Хьюго Ботх, американский ученый и невролог, выделил неклассифицируемую (смешанную) форму ППА, не подходящую под установленные критерии диагностики ППА, имеющую признаки схожие с семантической и аграмматической формами [13]. Диагностические критерии четырех форм ППА представлены в табл. 1.

Согласно современным научным данным, ППА возникает в результате широкого

спектра нейродегенеративных процессов, приводящих к атрофии различных областей мозга, отвечающих за речь [14]. Аграмматическая и семантическая формы ППА чаще всего относятся к ЛВД. Причинами ЛВД являются таупатия, накопление в нейронах тау-протеина, или TDP-43-патия, накопление белка TDP-43. Логопеническая форма ППА рассматривается как атипичная форма болезни Альцгеймера (БА), обусловленная накоплением β-амилоида и тау-протеина в нейронах [14].

ППА диагностируется по результатам неврологического, нейропсихологического и логопедического обследования. Подтверждение клинического диагноза обеспечивается магнитно-резонансной томографией (МРТ) и позитронно-эмиссионной томографией в сочетании с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ) головного мозга. Данные МРТ позволяют определить атрофические изменения в различных областях доминантного полушария (табл. 2).

Таблица 1

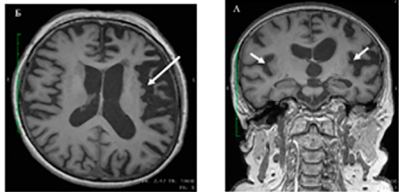
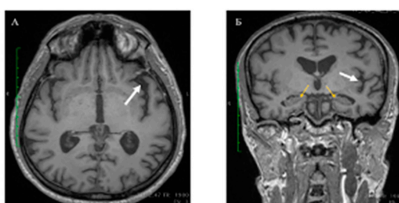
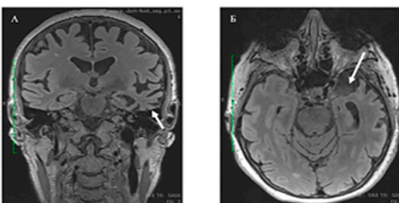
Диагностические критерии форм ППА

Диагностические критерии
Семантическая форма ППА без снижения беглости речи (сППА)
<p><i>А. Обязательно наличие двух основных признаков:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение называния объектов;</li> <li>2) снижение понимания значений слов.</li> </ol> <p><i>Б. Обязательно наличие трех вспомогательных признаков:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение общих знаний об объектах, особенно о малознакомых предметах;</li> <li>2) дислексия или дисграфия;</li> <li>3) повторение сохранно;</li> <li>4) моторные аспекты речи и грамматика сохранны.</li> </ol>
Аграмматическая форма ППА со снижением беглости речи (аППА)
<p><i>А. Наличие одного из следующих основных критериев:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аграмматизм в речи;</li> <li>2) запинаясь речь с непоследовательными фонетическими ошибками и искажениями (апраксия);</li> <li>3) нарушения просодики.</li> </ol> <p><i>Б. Наличие двух из трех вспомогательных критериев:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение понимания синтаксически сложных (неканонических) предложений;</li> <li>2) узкое понимание значений слов;</li> <li>3) упрощенное знание об объектах.</li> </ol>
Логопеническая форма ППА (лППА)
<p><i>А. Должны присутствовать два следующих основных признака:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение поиска слов в спонтанной речи и при назывании;</li> <li>2) нарушение повторения фраз и предложений.</li> </ol> <p><i>Б. Должны определяться три из следующих вспомогательных критериев</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фонетические ошибки (фонетические парафазии) в спонтанной речи или при назывании;</li> <li>2) свободное понимание значений слов и знание объектов;</li> <li>3) сохранность просодической стороны речи;</li> <li>4) отсутствие истинного аграмматизма.</li> </ol>
Смешанная форма ППА
<p><i>А. Обязательно наличие двух критериев:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аграмматизм в речи;</li> <li>2) нарушение понимания значений слов.</li> </ol>

Источник: составлено авторами на основе [2].

Таблица 2

## Клинические варианты ППА

Вариант ППА	Диагностические признаки	Нейровизуализационные признаки	Пример МРТ
аППА	Наличие аграмматизма. Нарушение беглости речи. Оральная апраксия	Атрофические изменения в нижней лобной извилине (зона Брока) и островковой коры левого полушария	
лППА	Трудности актуализации – подбора и называния слов. Нарушение повторной речи. Сужение объема слухоречевой памяти	Атрофические изменения в височной и теменной долях доминантного полушария	
сППА	Нарушение номинативной функции речи. Нарушение понимания семантики слов	Атрофические изменения в области левой височной доли левого полушария	
смешанная ППА	Сочетание признаков аППА и лППА.		

Источник: составлено авторами на основе [11; 14; 15] и полученных данных в ходе исследования.

Научные данные, раскрывающие симптоматику и проявление различных форм ППА, показывают, что в структуре речевого дефекта у пациентов с ППА существенное место занимают нарушения активного и пассивного словаря, в том числе глагольной лексики [16].

Общезвестно, что глаголы являются ядром синтаксических конструкций, указывая на действия и состояния. Именно глаголы обеспечивают выражение событийности, передают динамику явлений. Соответственно, нарушения понимания и употребления глагольной лексики у лиц с первичной прогрессирующей афазией значительно ограничивают их коммуникативные возможности. Коррекция и восстановление глагольной лексики у пациентов с ППА необходимы для правильного построения речевых высказываний, а также для полноценного понимания инструкций, указаний и обращенной речи в целом.

На сегодняшний день увеличивается число пациентов с названным речевым нарушением, активно нуждающихся в помощи логопедов медицинских учреждений. В то же время вопросы диагностики и ре-

абилитации речи у пациентов с ППА в отечественной логопедии еще недостаточно изучены. Специальные исследования, посвященные проблеме глагольной лексики у пациентов с ППА, практически отсутствуют. Сложности, связанные со спецификой ППА и ее диагностикой, затрудняют проведение когортных и рандомизированных исследований. Таким образом, актуальность научной работы заключается в необходимости восполнения научных сведений по указанной проблеме. Тщательное и детальное обследование речи, в том числе оценка состояния глагольной лексики, является в последующем залогом успешной коррекционной работы с пациентами.

**Цель исследования** – выявление особенностей понимания и употребления глагольной лексики у пациентов, страдающих первичной прогрессирующей афазией.

#### Материалы и методы исследования

В период с 2024 по 2025 г. на базе ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук» (ФГБНУ РЦНН), в 5-м неврологическом отделении с молекулярно-генетической лабораторией на стационарном

лечении находились 15 пациентов с первичной прогрессирующей афазией, из которых в констатирующее исследование были включены 10 согласно следующим критериям: наличие речевого нарушения, являющегося доминирующим клиническим симптомом и постепенно прогрессирующим более двух лет; наличие атрофических изменений преимущественно левого полушария, подтвержденных данными МРТ; отсутствие объемных образований, постинсультных изменений, выраженных когнитивных и поведенческих нарушений или иных неврологических заболеваний. Средний возраст обследуемых составил 68 лет (возрастной диапазон 56–78 лет), из них 9 женщин и 1 мужчина, исключительно с правосторонней латерализацией. По уровню образования пациенты распределены следующим образом: 9 лиц имели высшее, 1 – среднее образование. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Исходные характеристики участников исследования приведены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, речевые нарушения, соответствующие аППА, имели 3 пациента, 2 пациента имели лППА, 2 – сППА, и 3 пациента – смешанную форму ППА. Все обследуемые предъявляли жалобы на нарастающее нарушение речи – трудности подбора слов, снижение речевой активности в течение минимум двух лет. Средняя длительность заболевания составила 3,5 года. Дополнительно к афатическим расстройствам у двух пациентов была выявлена дизартрия, у одного пациента – дизартрия в сочетании с дисфагией и дисфонией. По данным МРТ у всех пациентов отмечались нейровизуализационные признаки атрофических процессов в различных участках головного мозга.

Констатирующее исследование состояло из трех этапов.

*I. Изучение анамнеза пациентов.* Первый этап, включающий изучение медицинской документации, выписок из истории болезни пациентов проводился с целью отбора участников для экспериментального исследования.

*II. Комплексная оценка речевого статуса.* На данном этапе основная цель была связана с выявлением состояния функционального базиса речи, структуры и степени выраженности речевого дефекта (оценка импрессивной и экспрессивной речи; оценка письменной речи) у пациентов с ППА.

*III. Оценка состояния глагольной лексики.* Последний этап проводился с целью углубленного изучения нарушений понимания и употребления глагольной лексики в структуре речевого дефекта при ППА.

В рамках проведения констатирующего эксперимента были использованы следующие методики логопедической диагностики:

1. Методика оценки речи при афазии «Количественная оценка речи» (КОР) авторов Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой [17, с. 15] – для оценки импрессивной и экспрессивной речи, в том числе повторной, автоматизированной речи, чтения и письма.

2. Адденбрукская когнитивная шкала – модифицированная (Addenbrooke’s Cognitive Examination, revised ACE-R) – для оценки речевой активности [18].

3. Адаптированная методика оценки лексико-грамматического строя речи (на примере глагольной лексики и словоизменения глаголов) Т.А. Матросовой [19, с. 10].

4. Шкала тяжести симптомов ППА (Progressive Aphasia Severity Scale) [20].

5. Европейский опросник оценки качества жизни (EQ-5D-3L) [21].

Таблица 3

Клиническая характеристика участников эксперимента

Пациент (№)	Возраст (лет)	Пол	Дебют (лет)	Длительность (лет)	Вариант ППА	Степень выраженности речевого нарушения
П1	66	Ж	59	7	аППА	грубая
П2	70	Ж	67	3	смППА	умеренная
П3	68	Ж	66	2	смППА	грубая
П4	62	М	59	3	смППА	умеренная
П5	61	Ж	56	5	лППА	умеренная
П6	77	Ж	74	3	сППА	умеренная
П7	68	Ж	65	3	аППА	умеренная
П8	78	Ж	70	8	аППА	легкая
П9	74	Ж	72	2	сППА	грубая
П10	56	Ж	53	3	лППА	умеренная

Источник: составлено авторами на основе полученных данных в ходе исследования.

Логопедическое обследование пациентов проводилось в индивидуальном порядке, с использованием речевого и наглядного материала.

Количественная оценка состояния и динамики восстановления речи авторов Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой позволила оценить состояние импрессивной и экспрессивной речи у пациентов с афазией. Исследование импрессивной речи включало пробы на понимание значений слов, обозначающих предметы и действия, понимание фраз и инструкций. Изучение экспрессивной речи состояло из оценки диалога, называния предметов и действий, составления предложений и рассказа с наглядной опорой. Оценка письменной речи включала задания на чтение и понимание текста, письмо под диктовку и произвольное письмо). Подсчет баллов по методике позволил определить степень выраженности нарушения речи у пациента: 0–90 – очень грубая; 90–130 – грубая; 130–175 – средне-грубая; 175–220 – средняя; 220–260 – средне-легкая; 260 – легкая степень выраженности афазии.

Для обследования речевой активности пациентов с ППА авторы использовали разделы «Речь» и «Речевая активность» Адденбрукской шкалы, посвященной оценке когнитивных функций (АСЕ-R). Субшкала «Речевая активность» состояла из двух основных тестов на определение скорости вербальных ассоциаций (продуктивности называния слов в рамках предложенной инструкции в течение одной минуты):

1) тест на фонетически опосредованные ассоциации – пациенту предлагалось назвать максимальное количество слов, которые начинаются на любую букву (существительные, исключая имена и названия);

2) тест на семантически опосредованные ассоциации – пациенту предлагалось назвать максимальное количество слов на любую букву из одной категории (существительных – названий растений, животных и т.д.).

По количеству названных слов присваивалась балльная оценка с максимальным количеством баллов 7 в каждой категории (итого – 14).

Субшкала «Речь» включала в себя оценку понимания (как письменной, так и устной речи), называния, определения категорийной принадлежности понятий, проверку повторной речи, чтения и письма. Максимальное количество баллов по данной субшкале – 26.

Для оценки глагольного словаря у пациентов с ППА использовалась адаптированная методика обследования лексико-грамматического строя речи Т.А. Матросовой. Методика состояла из трех блоков

заданий с прилагаемым картинным стимульным материалом.

Задания первого блока направлены на исследование понимания и употребления следующих групп глаголов: глаголов со значением эмоционального состояния, глаголов со значением движения, глаголов со значением предметных действий, глаголов-антонимов, глаголов-синонимов и глаголов, близких по лексическому значению.

Второй блок посвящен изучению сформированности навыков словоизменения и словообразования глаголов единственного и множественного числа настоящего времени, глаголов прошедшего времени по родам, глаголов первого и второго лица множественного числа, глаголов третьего лица единственного и множественного числа, приставочных глаголов, глаголов совершенного и несовершенного вида и возвратных глаголов.

Третий блок направлен на изучение сформированности навыка построения предложений (простых нераспространенных и простых распространенных).

Шкала тяжести симптомов ППА позволила в баллах (диапазон: 0–3 балла) оценить беглость, грамматическую и синтаксическую сторону речи и понимание пациентами слов и предложений.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты обследования пациентов по шкале КОР показали, что 2 пациента (20%) имели грубую степень выраженности нарушения речи, 1 пациент – средне-грубую (10%), 5 – среднюю (50%), 1 – средне-легкую (10%) и 1 пациент – легкую (10%). У большинства пациентов наблюдалось большое количество ошибок при выполнении всех разделов методики (импрессивной, экспрессивной, письменной речи). Самое большое количество ошибок допускалось в номинативных пробах (называние малочастотных предметов и действий), при составлении предложений по сюжетным картинкам и в пробах на понимание сложных лексико-грамматических, инвертированных и предложных конструкций.

По результатам Адденбрукской шкалы большинство обследуемых показали низкий балл, у четырех пациентов отмечались практически минимальные показатели речевой активности (0–3 балла). В течение одной минуты обследуемые в среднем назвали 3 слова на заданную букву и 3–4 слова из одной лексико-семантической категории. Такой результат свидетельствует о выраженной слабости вербальных ассоциаций у пациентов, страдающих ППА.

Балльная оценка тяжести симптомов ППА показала следующее: легкая степень (0,5 балла) нарушения речи – 1 обследуемый (10%), умеренная (1,0 балл) – 3 обследуемых (30%), выраженная (2,0 балла) – 4 обследуемых (40%), тяжелая степень (3,0 балла) нарушения речи – 2 обследуемых (20%).

Показатели по субшкале «Речь» были также снижены у всех обследуемых. Отмечались ошибки при назывании предметов в виде вербальных парафазий (употребления обобщающих понятий: крокодил – «зверек»), замен слов, входящих в одно семантическое поле: крокодил – «верблюд, жираф», вербальных замен по признаку функционального назначения: арфа – «флейта»), ошибки на письме и при чтении (литеральные парафазии, пропуски букв, персеверации, элементы угадывающего чтения).

При обследовании владения глаголами по адаптированной диагностической методике выявлено значительное нарушение глагольной лексики у пациентов с ППА. По результатам первого блока, направленного на исследование понимания и употребления лексических значений глаголов, наибольшее количество ошибочных ответов выявлено при выполнении заданий на употребление глаголов, близких по лексическому значению, и глаголов-синонимов.

В импрессивной речи у обследуемых отмечались небольшие затруднения в понимании и дифференциации глаголов, близких по лексическому значению (шьет – вяжет, едет – катится), глаголов, обозначающих оттенки эмоциональных состояний (улыбается – смеется, грустит – плачет).

В экспрессивной речи наблюдались следующие ошибки:

- вербальные парафазии – замены глаголов другой частью речи (грустит – «грустно»), замены глаголов конкретного значения глаголами диффузного значения или семантически более простыми (поднимается – «идет»);

- литературные парафазии (преимущественно у пациентов с аППА) (раскрашивает – «раскрасивает», кушает – «кузает», стирает – «стидает»), нарушения звукослоговой структуры глаголов – пропуски, вставки слогов и звуков, перестановки (плачет – «платчет», ест – «сест», опускает – «опу-стакивает», поднимает – «поднимивает»);

- трудности при подборе глаголов-синонимов (длительные поиски нужного глагола, отказ от выполнения);

- взаимозамена глаголов, близких по лексическому значению (красит – раскрашивает, жарит – варит, режет – чистит);

- замены глагола словосочетанием (стоит – «в углу стоит», несет – «тяжесть несет», чистит – «чистит ножом морковь»).

Также важно отметить, что произносительная и слоговая сложность глаголов влияла на их актуализацию у обследуемых с аППА. Пациенты с данной формой легче актуализировали глаголы, простые по слоговой структуре (пьет, идет) по сравнению с глаголами сложной слоговой структуры (расчесывается, завязывает, раскрашивает и др.), что объясняется наличием у них артикуляционных трудностей, в частности орально-артикуляционной апраксии.

По результатам второго блока у пациентов наблюдались сложности дифференциации и употребления различных форм глаголов, что наиболее ярко отмечалось в экспрессивной речи. В импрессивной речи у пациентов наблюдались трудности дифференциации приставочных глаголов (залетает – подлетает, вылетает – улетает), возвратных глаголов (катает – катается, одевает – одевается), форм мужского, женского и среднего рода глаголов прошедшего времени (сломался – сломалась – сломалось). Самым сложным для пациентов с ППА оказалось задание на понимание и дифференциацию приставочных глаголов. Большое количество ошибок также было допущено при выполнении заданий с возвратными глаголами и глаголами совершенного и несовершенного вида. В экспрессивной речи у обследуемых отмечались следующие виды ошибок:

- вербальные парафазии: замены глаголов семантически более простыми (лепит – «делает», застегивает – «надевает»), замены глаголов другой частью речи (веселится – «веселый», ест – «обед»), парафазии на основе семантического сходства (сломалась (машина) – «испортилась»);

- замены глагола словосочетанием (красит – «делает краской», сажает – «в землю спускает»);

- замены приставочных глаголов бесприставочными (заезжает – «едет», выливает – «льет», спускается – «идет вниз», объезжает – «едет около»);

- замены совершенного вида формами несовершенного, в форме прошедшего времени (слепил – «лепил», покрасил – «красил», поднял – «поднимал»),

- замены возвратной формы глагола невозвратной (сломался – «сломал»);

- аграмматизмы (переливает – «переливают», бежит – «бегут, бегит»), неправильное употребление приставок (покрасил – «накрасил»);

- литературные парафазии (бежит – «бе-кит»), переходит – «пересодит») и нарушения звукослоговой структуры глаголов: перестановки, пропуски, вставки слогов и звуков (переливает – «пелиревает», вы-

езжает – «выжает») и даже контаминации (расстегивает (пуговицу) – «распугивает»);

- длительные паузы и поиски глаголов;
- отказы от выполнения задания.

При составлении предложений по картинкам (III блок) испытывали значительные трудности в подборе предикативной основы предложений, которые проявлялись в виде следующих ошибок:

- пропуски глаголов («Лодка ... по течению.»);
- вербальные парафазии (Лодка плывет. – «Лодка едет. Лодка идет»), замены низкочастотных глаголов более частотными (Тракторист пашет поле – «Тракторист работает»);
- нарушения порядка слов в предложении;
- аграмматизмы: ошибки согласования («Внучка несут очки бабушке»), управления («Мужчина на холм сидел и ловит рыбы»), неправильное употребление форм глаголов («Мальчик перелазывает через забор. Дети вокруг елки кружиться. Кошка готовится лвят мышку»);
- упрощения структуры предложения (Грузовая машина переезжает через мост. – «Машина едет»);
- длительные паузы для подбора слов;
- единичные отказы от выполнения задания.

Полученные результаты свидетельствуют о нарушении у пациентов с ППА навыков внутреннего программирования речевых высказываний. Характерные для ППА речевая аспонтанность, снижение беглости

речи и речевой инициативы дополнительно усугубляли трудности выполнения диагностических заданий пациентами – наблюдались длительные паузы и отказы от выполнения заданий.

Сравнение результатов выполнения трех блоков заданий продемонстрировало более высокий уровень владения пациентами глагольной лексикой в импрессивной речи по сравнению с экспрессивной (рис. 1). Исключение составили пациенты с семантическим вариантом ППА, у которых отмечался достаточно низкий уровень состояния импрессивной речи.

Как показали результаты опросника, ППА значительно повлияла на качество жизни пациентов, принявших участие в исследовании (рис. 2).

Пациенты отмечали сложности в привычной повседневной и профессиональной деятельности, умеренные проявления тревоги и депрессии, дискомфорта. Из 10 обследуемых 5 ушли с работы из-за трудностей в речевом общении и самовыражении, сложностей поддержания беседы. Текущее состояние здоровья по визуальной шкале пациенты субъективно оценили в среднем на 46 баллов (из максимальных 100 баллов).

Результаты выполнения трех блоков заданий позволяют судить о выраженных нарушениях глагольной лексики у пациентов с ППА: 7 пациентов (70%) показали средний уровень, 2 пациента – низкий (20%), 1 пациент – относительно высокий уровень владения глагольной лексикой (10%).

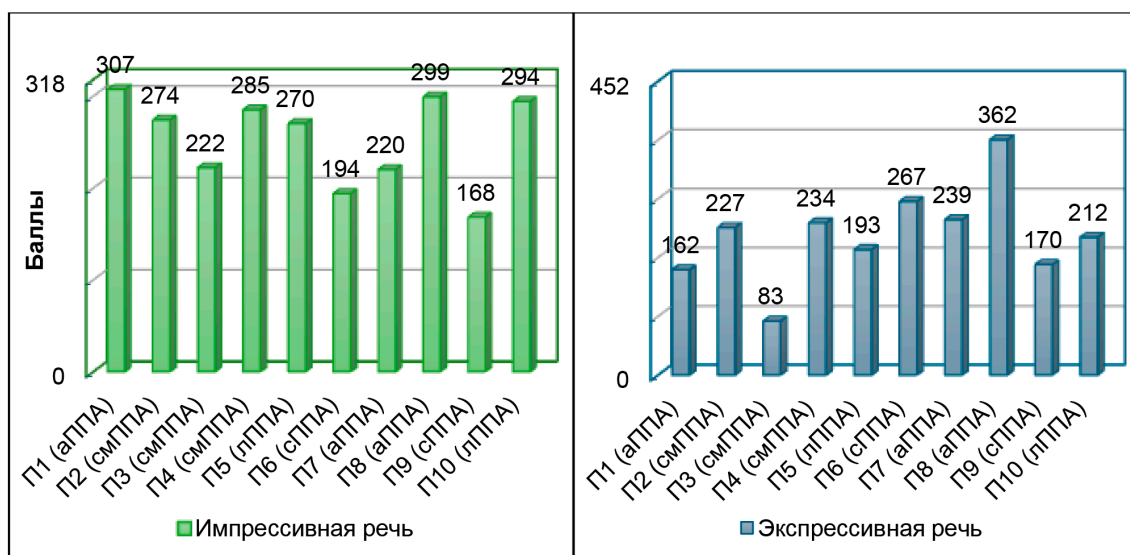


Рис. 1. Результаты исследования понимания и употребления лексических значений глаголов у пациентов с ППА

Источник: составлено авторами по результатам данного исследования



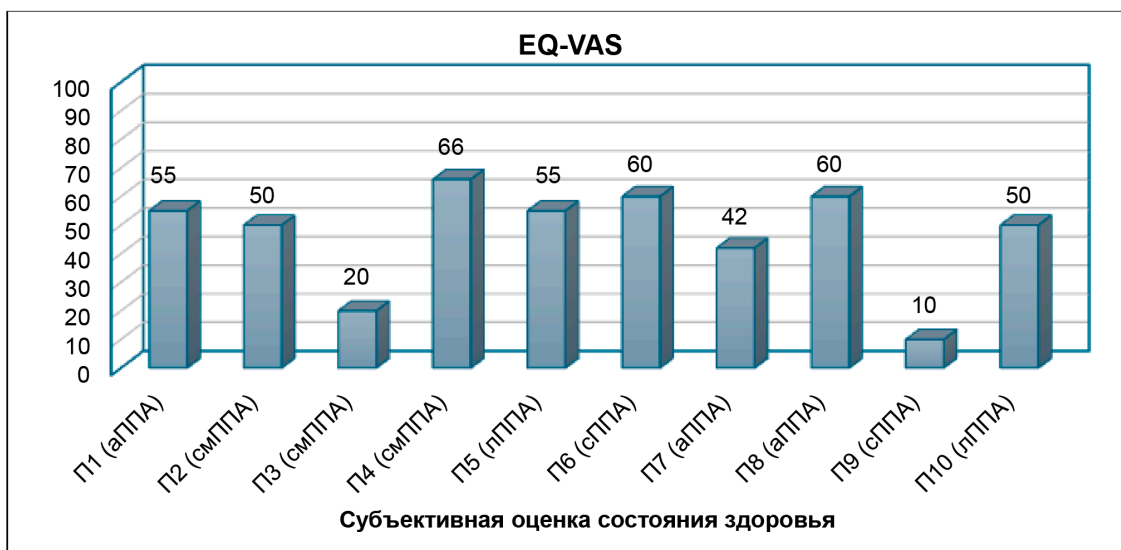


Рис. 2. Результаты исследования качества жизни у пациентов с ППА по опроснику EQ-5D-3L  
 Источник: составлено авторами по результатам данного исследования

Наиболее выраженные затруднения в понимании лексических и грамматических значений глаголов испытывали пациенты с сППА. В экспрессивной речи у всех обследуемых отмечались трудности актуализации различных групп глаголов, преимущественное употребление высокочастотных глаголов с широким диффузным значением. Обследуемые допускали ошибки при подборе и дифференциации глаголов с близким лексическим значением, приставочных, глаголов-синонимов, глаголов совершенного и несовершенного вида, возвратных глаголов. Наблюдались множественные вербальные парафазии, замены глаголов словосочетаниями, аграмматизмы. Синтагматические и парадигматические связи глаголов оказались у пациентов с ППА грубо нарушенными. У пациентов с лППА отмечалось самое большое количество пауз, обусловленных поиском нужной лексемы.

Выявленные нарушения речи, в частности глагольной лексики, отрицательно влияют на повседневную и профессиональную деятельность и ухудшают качество жизни пациентов. Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о необходимости оказания специализированной помощи пациентам с ППА, прежде всего логопедической. Данный контингент лиц с ППА нуждается в персонализированной коррекционной работе для улучшения речевых и коммуникативных навыков. Речевая реабилитация должна включать коррекцию всех нарушенных звеньев речи и в обязательном порядке работу над глаголами как организующим центром предложения.

Учитывая полученные в ходе исследования результаты, авторы считают целесообразным строить коррекционную работу по преодолению нарушений глагольной лексики по следующим направлениям:

- 1) актуализация и расширение пассивного глагольного словаря;
- 2) восстановление активного глагольного словаря;
- 3) преодоление аграмматизмов;
- 4) работа над фразовой речью.

Цель коррекционной работы – эффективное общение, поскольку ППА – это неуклонно прогрессирующее расстройство. Ранняя диагностика и лечение, составление конкретного плана речевой реабилитации, обучение членов семьи и долгосрочное планирование – все это важнейшие аспекты профессионального логопедического воздействия. Медицинский логопед на современном этапе обладает уникальной компетенцией в оценке влияния речевого нарушения на коммуникацию, определении приоритетов пациента и составлении плана коррекции на основе компенсаторных методов с использованием домашней программы (домашняя программа по активизации глагольной лексики и тактика общения с подопечным должны меняться по мере того, как меняется его жизнь) для максимально длительного сохранения способностей. Остановить прогрессирование ППА невозможно, но логопед в составе квалифицированной мультидисциплинарной команды может помочь пациентам и их семьям приспособиться к новым условиям, компенсировать нарушения и сохранить максималь-

но возможный уровень функционирования и качества жизни.

Особенностью работы с пациентами данной группы является ограниченная медикаментозная терапия, в связи с чем логопед может планировать программу речевой реабилитации, полагаясь на свои знания, нейропластичность головного мозга пациентов, их речевой дефицит и мотивированное отношение к восстановительному процессу как самого пациента, так и его родственников.

Практическая значимость исследования заключается в следующем: предлагаемые в работе методики обследования и разработанные направления коррекционной работы по преодолению нарушений глагольной лексики могут быть использованы в системе логопедической помощи пациентам с первичной прогрессирующей афазией.

### Заключение

Проблема первичной прогрессирующей афазии является в настоящее время достаточно актуальной. Тем не менее вопросы диагностики и коррекции нарушений речи в аспекте глагольной лексики, при первичной прогрессирующей афазии являются практически неизученными. Пациенты с ППА испытывают значительные трудности актуализации глаголов, сложности словообразования, словоизменения грамматических форм глаголов и подбора предикативной основы предложения.

Перспективы дальнейшего исследования авторы видят в детализированном изучении данного вопроса, описании различных форм первичной прогрессирующей афазии, а также овладении дифференцированным подходом к проведению комплексной реабилитации взрослых пациентов с нейродегенеративными заболеваниями. Больные с ППА остро нуждаются в речевой реабилитации, независимо от длительности и формы заболевания. Учитывая, что на современном этапе не разработано базисное медикаментозное лечение лобно-височной деменции, ранняя диагностика и рациональная речевая реабилитация наиболее дезадаптирующих проявлений нейродегенеративного заболевания способны улучшить оптимальное качество жизни пациентов и их родственников. Предложенные авторами в рамках исследования диагностический блок и направления восстановительной работы будут способствовать повышению эффективности коррекционного воздействия, субъективной уверенности в общении и ресоциализации лиц с ППА.

### Список литературы

1. Ахмадуллина Д.Р., Федотова Е.Ю. Первичная прогрессирующая афазия: варианты и основные речевые до-

мены // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2024. № 4. С. 68–75. URL: <https://annaly-nevrologii.com/pathID/article/view/1067> (дата обращения: 18.04.2025). DOI: 10.17816/ACEN.1067.

2. Бердникович Е.С. Тактика логопедической работы с пациентами при первичной прогрессирующей афазии на примере клинического случая // *Гуманитарные науки*. 2021. № 1. С. 118–127. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/taktika-logopedicheskoy-raboty-s-patsientami-pri-pervichnoy-progressiruyushey-afazii-na-primere-klinicheskogo-sluchaya> (дата обращения: 12.04.2025).

3. Grossman M. Primary progressive aphasia: clinicopathological correlations // *Nature Reviews Neurology*. 2010. Vol. 6. P. 88–97. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3637977/> (дата обращения: 20.05.2025). DOI: 10.1038/nrneuro.2009.216.

4. Sellami L., Rucheton B., Ben Younes I., Camuzat A., Saracino D., Rinaldi D., Epelbaum S., Azuar C., Levy R., Auriacombe S., Hannequin D., Pariente J., Barbier M., Boutoleau-Bretonniere C., Couratier P., Pasquier F., Deramecourt V., Sauvée M., Sarazin M., Lagarde J., Roué-Jagot C., Forlani S., Jornea L., David I. Plasma progranulin levels for frontotemporal dementia in clinical practice: A 10-year French experience // *Neurobiology of Aging*. 2020. Vol. 91. P. 167.e1-167.e9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171590/> (дата обращения: 21.06.2025). DOI: 10.1016/j.neurobiolaging.2020.02.014.

5. Onyike C.U., Diehl-Schmid J. The epidemiology of frontotemporal dementia // *International Review of Psychiatry*. 2013. Vol. 25 (2). P. 130–137. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23611343/> (дата обращения: 21.06.2025). DOI: 10.3109/09540261.2013.776523.

6. Pick A. Über die Beziehung der senilen Hirnatrophie zur Aphasie // *Prager Medizinische Wochenschrift*. 1892. Vol. 17. P. 165–167. URL: <https://numerabilis.u-paris.fr/ressources/pdf/medica/bibnum/epo0774/epo0774.pdf> (дата обращения: 07.05.2025).

7. Mesulam M.M. Primary progressive aphasia – differentiation from Alzheimer's disease // *Ann Neurol*. 1987. Vol. 22. P. 533–534. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.410220414> (дата обращения: 07.05.2025). DOI: 10.1002/ana.410220414.

8. Кадыков А.С., Калашникова Л.А., Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М., Егорова А.В., Пильщикова И.К. Первичная прогрессирующая афазия // *Нервные болезни*. 2005. № 4. С. 33–36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnaya-progressiruyuschaya-afaziya> (дата обращения: 30.05.2025).

9. Wauters L.D., Croot K., Dial H.R., Duffy J.R., Grasso S.M., Kim E., Schaffer Mendez K., Ballard K.J., Clark H.M., Kohley L., Murray L.L., Rogalski E.J., Figeys M., Milman L., Henry M.L. Behavioral Treatment for Speech and Language in Primary Progressive Aphasia and Primary Progressive Apraxia of Speech: A Systematic Review // *Neuropsychology Review*. 2023. Vol. 34 (3). P. 882–923. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37792075/> (дата обращения: 18.06.2025). DOI: 10.1007/s11065-023-09607-1.

10. Henry M.L., Hubbard H.I., Grasso S.M., Dial H.R., Besson P.M., Miller B.L., Gorno-Tempini M.L. Treatment for Word Retrieval in Semantic and Logopenic Variants of Primary Progressive Aphasia: Immediate and Long-Term Outcomes // *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 2019. Vol. 62. P. 2723–2749. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31390290/> (дата обращения: 18.06.2025). DOI: 10.1044/2018\_JSLHR-L-18-0144.

11. Belder C.R.S., Marshall C.R., Jiang J., Mazzeo S., Chokesuwattanasakul A., Rohrer J.R., Volkmer A., Hardy C.J.D., Warren J.D. Primary progressive aphasia: six questions in search of an answer // *Journal of Neurology*. 2024. Vol. 271. P. 1028–1046. URL: [https://www.researchgate.net/publication/375118253\\_Primary\\_progressive\\_aphasia\\_six\\_questions\\_in\\_search\\_of\\_an\\_answer](https://www.researchgate.net/publication/375118253_Primary_progressive_aphasia_six_questions_in_search_of_an_answer) (дата обращения: 16.03.2025). DOI: 10.1007/s00415-023-12030-4.

12. Gorno-Tempini M.L., Hillis A., Weintraub S., Kertesz A., Mendez M., Cappa S.F., Ogar J.M., Rohrer J.D., Black S., Boeve B.F., Manes F., Dronkers N.F., Vandenberghe R., Rascovsky K., Patterson K., Miller B.L., Knopman D.S.,

- Hodges J.R., Mesulam M.M., Grossman M. Classification of primary progressive aphasia and its variants // *Neurology*. 2011. Vol. 76, Is. 11. P. 1006–1014. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3059138/> (дата обращения: 29.08.2025). DOI: 10.1212/WNL.0b013e31821103e6.
13. Botha H., Duffy J.R., Whitwell J.L., Strand E.A., Machulda M.M., Schwarz C.G., Reid R.I., Spychalla A.J., Senjem M.L., Jones D.T., Lowe V., Jack C.R., Josephs K.A. Classification and clinicoradiologic features of primary progressive aphasia (PPA) and apraxia of speech // *Cortex*. 2015. Vol. 69. P. 220–236. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4522343/> (дата обращения: 21.06.2025). DOI: 10.1016/j.cortex.2015.05.013.
14. Литвиненко И.В., Колмакова К.А., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Первичные прогрессирующие афазии: клинико-генетическая гетерогенность и сложность диагностики // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2021. № 15. С. 66–77. URL: <https://annaly-nevrologii.com/pathID/article/view/799> (дата обращения: 11.03.2025). DOI: 10.54101/ACEN.2021.4.7.
15. Tippett D.C. Classification of primary progressive aphasia: challenges and complexities // *Res*. 2020. Vol. 9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6993834/> (дата обращения: 16.08.2025). DOI: 10.12688/fl000research.21184.1.
16. Akhmadullina D.R., Kononov R.M., Shpilyukova Y.A., Fedotova E.Y., Illarioskin S.N. Anomia: Deciphering Functional Neuroanatomy in Primary Progressive Aphasia Variants // *Brain Sciences*. 2023. № 12. URL: <https://www.mdpi.com/2076-3425/13/12/1703> (дата обращения: 25.02.2025). DOI: 10.3390/brainsci13121703.
17. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М.: Изд-во МГУ, 1981. 67 с.
18. Левин О.С., Лавров А.Ю., Ляшенко Е.А., Васенина Е.Е., Трусова Н.А., Датиева В.К., Макотрова Т.А., Пилипенко А.Ю. Валидизация русскоязычной версии модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для диагностики болезни Альцгеймера // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2015. № 6–2. С. 36–39. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-ko-rsakova-2/2015/6-2/371997-72982015065> (дата обращения: 30.05.2025). DOI: 10.17116/jnevro20151156236-39.
19. Борякова Н.А., Матросова Т.А. Изучение и коррекция лексико-грамматического строя речи у детей с недостатками познавательного и речевого развития (на примере глагольной лексики, словоизменения глаголов и построения простых распространенных предложений). М.: В. Секачев, 2020. 200 с. ISBN 978-5-88923-303-9.
20. Sapolsky D., Bakkour A., Negreira A., Nalipinski P., Weintraub S., Mesulam M.M., Caplan D., Dickerson B.C. Cortical neuroanatomic correlates of symptom severity in primary progressive aphasia // *Neurology*. 2010. Vol. 75. P. 358–366. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20660866/> (дата обращения: 16.08.2025). DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181ea15e8.
21. Александрова Е.А., Хабибуллина А.Р. Методология оценки качества жизни, связанного со здоровьем, с использованием опросника EQ-5D-3L // *Российский медицинский журнал*. 2019. Т. 25. № 4. С. 202–209. URL: <https://medjrf.com/0869-2106/article/view/44148> (дата обращения: 04.02.2025). DOI: 10.18821/0869-2106-2019-25-4-202-209.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest:** The authors declare that there is no conflict of interest.