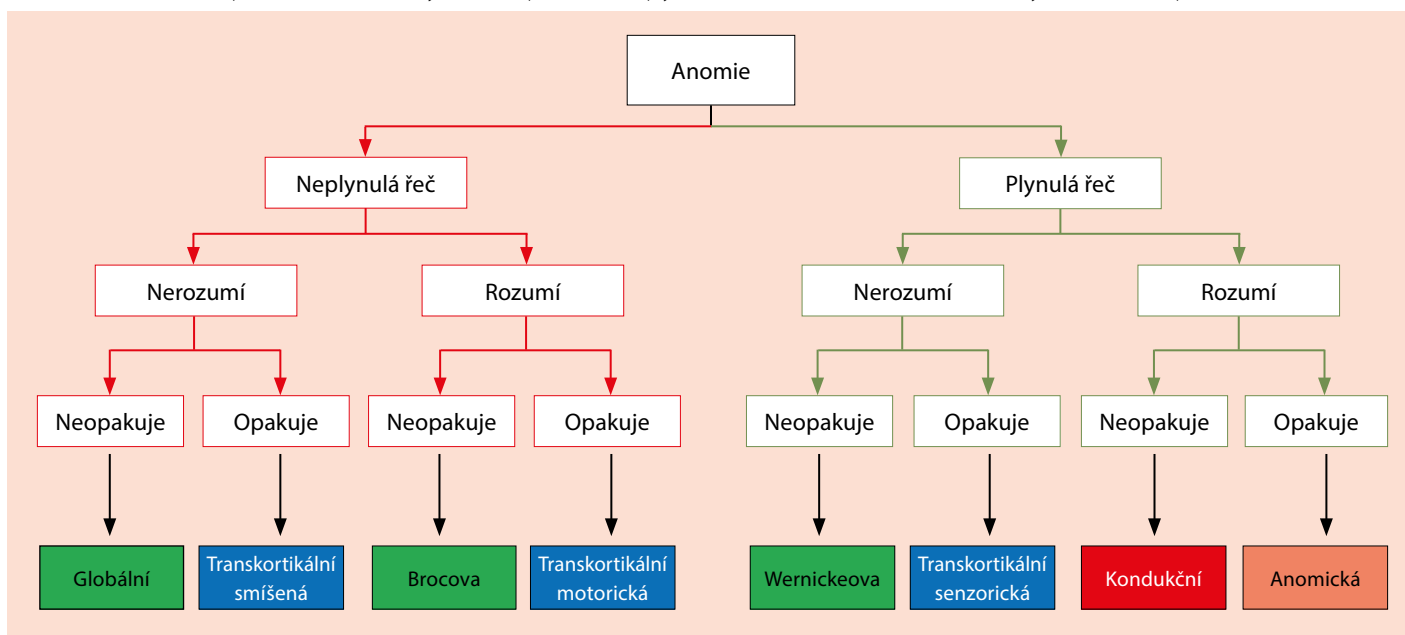


Tab. 1. Rozdělení afází podle hlavních klinických kritérií: porozumění, plynulost řeči, anomie (narušené lexikální vyhledávání), a opakování



Barevné členění pro názornost reflektuje hlavní charakteristiky typů afázie: zeleně jsou označeny klasické a nejznámější typy afázie (Brocova, Wernickeova a globální), červeně označená konduční afázie má nejvíce postiženu schopnost opakování, zatímco společným rysem modře označených transkortikálních afází je naopak nápadně zachovaná schopnost opakování (viz i Obr. 1)

(„pacient moc nemluví, ale dokáže překvapivě dobře opakovat“), porozumění slovům a jednoduchým větám celkem zachované a pravostranná hemiparéza je jen mírná.

Transkortikální sensorická afázie

Transkortikální sensorická afázie při postižení zadní části temporálního kortexu blízko Wernickeovy zóny (Obr. 1f) má velmi fluentní nesrozumitelnou řeč připomínající Wernickeovu afázii, má ale výrazně zachované opakování („pacient opakuje i to, čemu nerozumí“, často až echolalicky, odtud starší kolokviální označení „papouščí afázie“). Porozumění je špatné (pro větné celky, ale i izolovaná slova) a pravidlem je pravostranná homonymní heminaopsie.

Anomická afázie

Anomická afázie je ve své podstatě poruchou deklarativní paměti. Jedná se o narušení přístupu do mentálního lexikonu, přitom význam (koncept) hledaného výrazu je pacientům jasný. Morfologický korelát anomické afázie je méně určitý, často se s ní setkáváme u rozsáhlých vaskulárních změn v bílé hmotě hemisfér a u neurodegenerativních onemocnění.

Při produkci řeči nebo na cílený dotaz se pacient snaží pojem opsat a z nabídnutých slov určí předmět správně. Porozumění ře-

či i vyjadřování nejsou výrazněji narušeny. Nemocný s touto poruchou například není schopen pojmenovat klíče, avšak pozná jejich účel: „to je to, čím se odemýká“, nebo „to je to, co se strká do dveří“, a je schopen správně předmět použít, například správně odemkne dveře.

Poruchy řeči při lézi nedominantní hemisféry

Řečová komunikace je komplexní děj a zdaleka není vázána jenom na dominantní hemisféru, výrazným způsobem se podílí i hemisféra nedominantní – především emocionálním doprovodem a kontextuálním obsahem v analýze slyšené a expresi mluvené řeči.

Při postižení předních oblastí nedominantní hemisféry (topograficky odpovídajících Brocově zóně dominantní hemisféry) je mluvená řeč monotónní, aprozodická, stereotypní, bez slyšitelného projevu emocí. Pokud je pacient požádán, aby promluvil emotivně (hněv, rozhořčení, radost apod.), výstupem je zpravidla hlasitější řeč, ale nadále monotónní, „emocně indiferentní“.

Důsledkem poškození zadních oblastí nedominantní hemisféry (analogie Wernickeovy zóny dominantní hemisféry) je zachované porozumění pouze slovnímu obsahu řeči, nikoliv emocionálnímu obsahu (ironie, nadsázka) nebo situačnímu kontextu.

Jak vyšetřovat pacienta s afází

Před vlastním cíleným klinickým vyšetřením pacienta s afází, zejména v časné fázi po vzniku iktu jako příčiny afázie, je důležité posoudit celkový klinický stav (včetně kognitivního výkonu, motorického deficitu a schopnosti spolupráce při vyšetření). Především je nutno zhodnotit míru unavitelnosti a pozornosti, výskyt deliria a případně postižení dalších kognitivních funkcí (paměť, praxie, gnosie, exekutivní funkce), které mohou negativně ovlivnit řečové postižení a někdy mohou být i překážkou pro posouzení typu a míry afázie.

Při hodnocení jazykových schopností posuzujeme hlavně obsah (co pacient říká) a hledáme symptomy afázie (Rusina, 2019). Při klinickém vyšetření afázie vždy hodnotíme porozumění řeči, spontánní řeč a opakování. Anomie, typický příznak pro každý typ afázie, se projevuje i ve spontánní řeči, ale také je cíleně hodnocena v úkolu pojmenování (praktický postup u lůžka pacienta shrnuje Tab. 2). Součástí logopedického vyšetření je i zhodnocení psaní a čtení.

Na začátku vyšetření probíhá krátký rozhovor s pacientem, který už naznačuje, zda má pacient poruchu řeči a komunikace, a zda je schopen adekvátně reagovat na běžné konverzační otázky (Cséfalvay et Košťálová, 2013).