

Овчаренко Марина

Магістр спеціальної освіти
викладач кафедри спеціальної та інклюзивної освіти
Інститут людини Київського університету імені Бориса Грінченка,
m.ovcharenko@kubg.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0003-1378-9840>
<https://www.researchgate.net/profile/Maryna-Ovcharenko>

Ovcharenko Maryna

Master of Science in Special Education,
lecturer at the Department of Special and Inclusive Education,
Borys Grinchenko Kyiv University, Institute of Human Sciences

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна
Бульвар Ігоря Шамо, 18/2, м. Київ, Україна, 02154

Borys Grinchenko Kyiv University, Kyiv, Ukraine
18/2 Ihor Shamo Boulevard, Kyiv, Ukraine, 02154

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДОРОСЛИХ ОСІБ ПІСЛЯ
ІНСУЛЬТУ**

CHARACTERISTICS OF SPEECH DISORDERS IN ADULTS AFTER STROKE

Анотація. У статті здійснено огляд та проаналізовано теоретичні аспекти відновлення мовлення у дорослих, що перенесли інсульт. Розглянуто загальну статистику виникнення інсультів в Україні, світі, констатовано тенденції до його «омолодження»; досліджено класичні, рідкісні та сучасні етіологічні фактори виникнення інсультів у молодих людей, а також проаналізовано основні типи порушень мовлення, які можуть виникати після порушення мозкового кровообігу. Виділено провідні ознаки дизартрії та афазії. Схарактеризовано основні форми порушень відповідно до класичних класифікацій. Розкрито прояви бульбарної, псевдобульбарної, екстрапірамідної (або підкіркової), мозочкової та кіркової дизартрій у дорослих, які перенесли інсульт. Визначено, що у дорослої людини внаслідок різних вогнищевих уражень мозку спостерігається порушення іннервації мовленнєвого апарату, що призводить до різних за тяжкістю моторних порушень. Висвітлено основні характеристики афазій, а саме: моторної афазії аферентного типу, моторної афазії еферентного типу, динамічної афазії, сенсорної (акустико-гностичної) афазії, акустико-мнестичної афазії та семантичної афазії. Встановлено, що зазначені порушення виникають внаслідок ураження мовленнєвих зон головного мозку, здійснено аналіз їхніх наслідків. Обґрунтовано провідну роль мовлення як основного засобу встановлення контактів із оточуючим середовищем, а також інструменту повноцінної реалізації особистості, що аргументує необхідність його першочергового відновлення у контексті післяінсультної реабілітації. Сучасний стан якості надання логопедичної допомоги в означених випадках дає підстави дійти висновку про недостатній рівень ефективності застосування виключно традиційних методів та прийомів з метою компенсації порушень мовлення, що виникають внаслідок інсульту, а спонукає на подальший пошук шляхів її удосконалення. Автор вбачає, необхідність у проведенні дослідження, що спрямоване на вивчення порушень мовлення у

осіб, які перенесли інсульт, зокрема дизартрії та афазії, а також визначення спеціальних умов, що оптимізують процес відновлення мовлення.

Ключові слова: інсульт, дизартрія, афазія.

Abstract. The article reviews and analyzes the theoretical aspects of speech recovery in adult stroke survivors. Reviewed the general statistics on the occurrence of strokes in Ukraine and the world and its tendencies to become “younger”; the classical, rare and modern etiological factors of stroke in young people have been studied, also the main types of speech disorders that can occur after cerebral circulatory impairments have been analyzed. The main signs of dysarthria and aphasia were highlighted. The characteristic of the main forms of impairments, according to classical classifications is given. Manifestations of bulbar, pseudobulbar, extrapyramidal (or subcortical), cerebellar and cortical dysarthria in adults who have suffered from stroke are revealed. It is determined that in adults due to various focal lesions of the brain, an impairment of the innervation of the speech apparatus is observed, which leads to motor disorders that differ in severity. The main characteristics of aphasia are also covered, namely: motor aphasia of afferent type, motor aphasia of efferent type, dynamic aphasia, sensory (acoustic-gnostic) aphasia, acoustic-mnemonic aphasia and semantic aphasia. It has been determined that these disorders occur due to damage to the language centers of the brain, the primary consequences to which these impairments can lead are determined. It is substantiated that speech is one of the primary means of communication with the outside world as well as a tool for the complete fulfilment as a person, which argues the need for its primary restoration in the context of post-stroke rehabilitation. The current state of quality of speech and language pathology in these cases gives grounds to conclude that the use of exclusively traditional methods and techniques is insufficient to compensate for speech and language disorders caused by stroke, and encourages further search for ways to improve it. The author sees the need for research aimed at studying speech and language disorders in people who have suffered a stroke, particularly dysarthria and aphasia, as well as identifying special conditions that optimize the process of speech recovery.

Key words: stroke, dysarthria, aphasia.

Актуальність дослідження. Згідно зі світовою статистикою, на сьогодні відмічається стрімка тенденція до збільшення числа хворих з інсультом, а також до його «омолодження». В Україні щорічно трапляється більше 100 000 випадків інсульту, тобто кожні п'ять хвилин щонайменше одна особа потерпає від гострого порушення мозкового кровообігу. У 10% випадків інсульт трапляється у молодих людей, а до чверті випадків – у людей працездатного віку.

У більшості пацієнтів, які перенесли інсульт, можуть виникнути такі мовленнєві порушення, як дизартрія, апраксія та афазія, що актуалізує реабілітацію людей після інсульту, зокрема відновлення мовлення, що є важливим для взаємодії з оточенням.

Аналіз попередніх досліджень і публікацій. Відновлення мовлення у дорослих людей після інсульту з позицій медичного аспекту аналізували вітчизняні й зарубіжні учені (Віленський, 1999; Волошин, 2006; Гуляєв, 2019;

Касте, 2003; Коваленко, 2018; Міщенко, 2017; Ревенько, 2010; Фломін, 2020; D. Leys, 2010 та ін.), котрі розглядали афазію та дизартрію як прояви локальних або дифузних уражень головного мозку.

У літературі досить докладно описано механізми виникнення порушень вимовної сторони мовлення у дітей з дитячим церебральним паралічем, однак проблема виникнення і корекція порушень вимовної сторони мовлення у дорослих пацієнтів з наслідками вогнищевих уражень головного мозку не знайшла в літературі такого ж широкого відображення.

Питання диференційованого впливу глибинних структур головного мозку на картину мовленнєвих порушень в клініці пацієнтів з порушенням мозкового кровообігу розглядалося Візель, 2000; Вінарською 2005; Кучумовою, 2000; Шкловським, 1994.

До сучасних досліджень афазії відносяться такі праці: Берднікович, 2016; Данько, 2007; Ларіної, 2018; Лянної, 2018; Народнової, 2012; Овчаренко, 2020; Пурцхванідзе, 2011; Савицького, 2004; Тонкононого, 1968; А. Цветкової, 1988 та ін. Вагомий внесок у розвиток учення про афазію судинного генезу зробили Бейн, 1964; Бурлакова, 1997; Візель, 2000; Коган, 1948; Лурія, 1947, 1975; Овчарова, 1970; Опель, 1963; Столярова, 1973; Цветкова, 1972 та ін.

Підсумовуюче вищезазначене зауважимо, що питання відновлення мовлення у пацієнтів, які перенесли інсульт, є актуальним та важливим для вивчення. Адже з кожним роком кількість випадків інсульту зростає та відслідковується тенденція до їх «омолодження», водночас мовлення є однією з провідних вищих психічних функцій та забезпечує повноцінну реалізацію потенціалу людини як особистості, перетворюючи відновлення мовлення на першочергове завдання логопеда.

Мета статті: здійснити характеристику мовленнєвих порушень у дорослих, які перенесли інсульт.

Методи дослідження: теоретичний аналіз результатів досліджень щодо статистичних даних виникнення інсульту, порушень мовлення, що виникають після порушення мозкового кровообігу.

Результати дослідження. Інсульт справедливо вважають захворюванням переважно людей літнього віку, але принаймні 10% випадків інсульту трапляється у молодих людей, а до чверті випадків – у людей працездатного віку (Ferro, Massaro & Mas, 2010). Хоча інсульт у дорослих осіб молодого віку широко обговорюється в літературі і є важливою проблемою сучасної медицини та спеціальної педагогіки, чіткого визначення цього поняття досі немає. По-перше, в англomовній літературі використовуються принаймні кілька синонімів: "stroke in the young" (інсульт у молодих), "youngonset stroke" (інсульт, що виник у молодому віці), "earlyonset stroke" (інсульт, що рано виник), і навіть "young stroke" (молодий інсульт) (Ferro, Massaro & Mas, 2010). По-друге, в різних джерелах використовуються різні критерії визначення верхнього порогу молодого віку від 30 до 65 років, але найчастіше – 50–55 років (Youngstroke.org., 2017).

Частота випадків виникнення інсульту серед осіб молодого віку зростає, однак причини цього не визначені. Ця тенденція виглядає тривожною, оскільки перенесений інсульт суттєво збільшує смертність серед молодих людей у подальшому житті (Rutten, Jacobs, & Maaijwee, 2013).

Доречно відзначити також, що "звичні" фактори ризику інсульту – артеріальна гіпертензія, діабет, паління, зловживання алкоголем, а тим більше – їх поєднання – найменш часто зустрічаються серед молодих людей, але частка молодих пацієнтів з інсультом, у яких наявні класичні чинники ризику, зростає з віком (Cerrato, Grasso, & Imperiale, 2004). І навпаки, "рідкісні" чинники ризику, такі як незарощений овальний отвір, вроджені порушення згортваності крові, аутоімунні, інфекційні та генетичні захворювання, більш притаманні молодим, а з віком їх частка серед інших причин інсульту стрімко зменшується, хоча абсолютна кількість, принаймні деяких з них, можливо, залишається незмінною. До чверті випадків інсульту трапляються у людей працездатного віку, і щорічно в світі інсульт уражає близько 3,6 млн молодих людей (Putaal, 2016). Майже половина загального тягаря інсульту припадає на молодих людей, якщо врахувати, що вони частіше виживають після інсульту, і тривалість їх

подальшого життя більша, ніж у старших осіб, а також що інсульт у молодих людей трапляється більшою мірою в країнах з низькими та помірними рівнями доходів (Ferro, Massaro & Mas, 2010).

Щорічно в Україні від 100 до 120 тисяч осіб уперше хворіють на мозковий інсульт, тобто захворюваність становить 280-290 випадків на 100 тисяч населення і перевищує середній показник у розвинених країнах Європи (200 на 100 тисяч населення). Близько третини хворих на інсульт у нашій країні (33-36%) – це люди працездатного віку.

Діапазон можливих етіологічних чинників інсульту у молодих людей набагато ширший, ніж у людей похилого віку. Зауважимо, що до традиційних причин приєднався значний спектр сучасних факторів ризику (Кулеш, 2018).

Причини інсульту у молодих людей умовно ділять на три категорії: «звичні» фактори ризику, «рідкісні» фактори ризику, «сучасні» фактори ризику.

До «звичних» факторів ризику належать:

- артеріальна гіпертензія;
- діабет;
- паління;
- зловживання алкоголем (Ferro, Massaro & Mas, 2010).

«Рідкісні» фактори ризику:

- відкрите овальне вікно;
- вроджені порушення згортання крові;
- аутоімунні, інфекційні та генетичні захворювання (Ferro, Massaro & Mas, 2010).

«Сучасні» фактори ризику:

- вживання заборонених психотропних речовин;
- розшарування стінки артерії;
- прийом пероральних протизаплідних засобів;
- вагітність та пологи;
- мігрень (Ferro, Massaro & Mas, 2010).

Підсумовуючи вищезазначене, стає очевидним, що актуальності набувають питання сучасних підходів до відновлення функцій після інсульту у означених осіб. Слід означити, що при цьому у них або взагалі відсутнє експресивне мовлення, або виявляються значні труднощі під час включення в активне мовлення. З огляду на це, особливої гостроти набуває проблема відновлення мовлення та взаємодії з оточуючими вже на ранньому етапі реабілітації після інсульту, який значною мірою вплинув на стан мозкової діяльності.

Ураження головного мозку, причиною якого може бути інсульт, травма або інший патологічний процес, часто супроводжується порушеннями мовлення такими, як дизартрія або афазія.

Дизартрія – це порушення вимовної сторони мовлення, обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату (Волкова, & Шаховская, 1998).

Дизартричні порушення мовлення спостерігаються часто при різних вогнищевих ураженнях мозку:

- периферичні рухові нерви до м'язів мовленнєвого апарату (язика, губ, щік, піднебіння, нижньої щелепи, глотки, гортані, діафрагми, грудної клітки);
- ядра цих периферичних рухових нервів, розташованих в стовбурі головного мозку;
- ядра, розташовані в стовбурі і в підкіркових відділах мозку, і здійснюють елементарні емоційні безумовнорефлекторні мовленнєві реакції типу плачу, сміху, скрикування, окремих емоційно-виразних вигуків та ін (Правдина, 1973).
- підкірково-мозочкові ядра і провідні шляхи, які здійснюють регуляцію м'язового тонуусу і послідовність м'язових скорочень мовленнєвої мускулатури, синхронність (координованість) в роботі артикуляційного, дихального і голосового апаратів, а також емоційну виразність мовлення. При ураженні цих структур спостерігаються окремі прояви центрального паралічу (парезу) з порушеннями м'язового тонуусу, а також з вираженим порушенням просодичних характеристик мовлення – її темпу, плавності, гучності, емоційної виразності та індивідуального тембру (Волкова, & Шаховская, 1998);

- провідні системи, що забезпечують проведення імпульсів від кори мозку до структур нижчих функціональних рівнів рухового апарату мовлення (до ядер черепно-мозкових нервів, розташованих в стовбурі головного мозку). Ураження цих структур викликає центральний парез (параліч) мовленнєвої мускулатури з підвищенням м'язового тону в м'язах мовленнєвого апарату, посиленням безумовних рефлексів і появою рефлексів орального автоматизму з більш виборчим характером артикуляційних порушень (Правдіна, 1973);

- кіркові відділи головного мозку, що забезпечують як більш диференційовану іннервацію мовленнєвої мускулатури, так і формування мовленнєвого праксису. При ураженні цих структур виникають різні центральні моторні порушення мовлення (Волкова, & Шаховская, 1998).

Найбільш поширена класифікація у вітчизняній логопедії створена з урахуванням неврологічного підходу на основі рівня локалізації ураження рухового апарату мовлення (Правдіна, 1973).

Розрізняють такі форми дизартрії:

- бульбарна;
- псевдобульбарна;
- екстрапірамідна (або підкіркова);
- мозочкова;
- кіркова (Правдіна, 1973).

Бульбарна дизартрія – вогнищеве ураження ядер, корінців або периферичних стовбурів IX, X і XII черепно-мозкових нервів (Винарская, 2006). До особливостей рухових порушень належать:

- периферичний параліч (парез) м'язів мовленнєвого апарату (язика, губ, м'якого піднебіння і глотки, гортані, які піднімають нижню щелепу, дихальних);
- атрофія цих м'язів, їх атонія (мовлення мляве, в'яле) (Правдіна, 1973);
- порушення ковтання (дисфагія або афагія);
- глухий (дисфонія або афонія) або гнусавий голос;
- невиразне і «змазане» мовлення (Винарская, 2006).

Останній симптом і називають бульбарною дизартрією.

Псевдобульбарна дизартрія – двостороннє ураження центральних рухових кортико-бульбарних нейронів. Пірамідні спастичні паралічі м'язів мовленнєвого апарату. М'язових атрофій немає. Тонус м'язів підвищений за типом спастичної гіпертонії (язик напружений, відсунутий назад). Глотковий та нижньощелепний рефлекс посилені. Нерідкі насильницькі сміх і плач. Паралічі двосторонні, хоча можливим є їх значне переважання праворуч або ліворуч. Найбільш порушені довільні рухи і найтонші рухи кінчика язика (Правдина, 1973).

До клінічних проявів належать: слабкий, сиплий і хрипкий голос; голосні і приголосні звуки вимовляються глухо; тембр мовлення гугнявий; артикуляція голосних та приголосних зміщена назад (Винарская, 2006).

Екстрапірамідна (або підкіркова) дизартрія – вогнищеві ураження підкіркових ядер мозку, а також порушення їх зв'язку з іншими структурами мозку. При ураженнях екстрапірамідної системи виникають порушення локомоції, м'язового тонуса, вроджених автоматизмів, в тому числі різноманітних м'язових синергій; з'являються гіпо і гіперкінези (Правдина, 1973).

У пацієнтів спостерігаються порушення темпу мовлення, то його прискорення, то уповільнення, нерідко нерівномірне в часі; раптові і поступово прогресуючі зупинки мовленнєвої продукції; різноманітні стереотипії і персеверації (окремих звуків, складів в слові). Змінюється голос: він може бути слабким, глухим, невизначеного тембру. Артикуляція звуків може бути не чіткою, обірваною, в інших випадках вона досить розбірлива при порушеннях мовленнєвої просодії (Винарская, 2006).

Мозочкова дизартрія – вогнищеві ураження мозочка і його провідних систем. Характерним симптомом вважається порушення плавності мовлення – його так зване скандування. Іншими словами, це диспросодія. Крім того, порушується і виразність мовлення, спостерігається монотонність (Винарская, 2006).

Кіркова дизартрія – являє собою групу моторних порушень мовлення різного патогенезу, пов'язаних з вогнищевим ураженням кори головного мозку.

Перший варіант кіркової дизартрії обумовлений одностороннім або частіше двостороннім ураженням нижнього відділу передньої центральної звивини. У цих випадках виникає вибірковий центральний парез м'язів артикуляційного апарату (найчастіше язика), що призводить до обмеження обсягу найбільш тонких ізольованих рухів: руху кінчика язика вгору. При цьому варіанті порушується вимова передньоязикових звуків (Правдина, 1973).

Другий варіант кіркової дизартрії пов'язаний з недостатністю кінестетичного праксису, що спостерігається при односторонніх ураженнях кори домінантної півкулі мозку в нижніх постцентральному відділах кори. У цих випадках порушується вимова приголосних звуків, особливо шиплячих і аффрикатів. Пошук потрібного артикуляційного укладу в момент мовлення сповільнює його темп і порушує плавність (Винарская, 2006).

Третій варіант кіркової дизартрії пов'язаний з недостатністю динамічного кінетичного праксису, це спостерігається при односторонніх ураженнях кори домінантної півкулі в нижніх відділах премоторних областей кори. При порушеннях кінетичного праксису утруднена вимова аффрикатів, які можуть розпадатися на складові частини, спостерігаються заміни щілинних звуків на зімкненні, пропуски звуків у збігах приголосних. Мовлення напружене, уповільнене (Волкова, & Шаховская, 1998).

Найбільш складною і суперечливою в цій класифікації є кіркова дизартрія. У дорослих пацієнтів в ряді випадків кіркову дизартрію іноді змішують з проявом моторної афазії. Відповідно до точки зору О. Вінарської (1973), поняття кіркової дизартрії є збірним. Автор допускає існування різних її форм, обумовлених як спастичним парезом артикуляційних м'язів, так і апраксією. Останні форми позначаються як апраксічна дизартрія (Винарская, 2006).

В осіб з уже сформованим мовленням, зазначені форми дизартрії мають спільні прояви:

1. вогнищеві ураження рухових відділів центральної або периферичної нервової системи;

2. порушення вимовної сторони усного мовлення при повноцінній системі фонем, повному словнику і збереженому граматичному ладі. Залишаються збереженими також розуміння мовлення оточуючих, читання про себе, процеси внутрішнього мовлення і мислення (Правдина, 1973).

Діагностику дизартрії у дорослих ускладнює відсутність розпаду мовлення. Незалежно від клінічного варіанту дизартрії, вона є ознакою ураження центрального відділу мовнорухового аналізатора і порушенням іннервації м'язів і зв'язків мовленнєвого апарату. Діагностика дизартрії в основному спирається на клінічну оцінку стану особи та логопедичну оцінку структури порушення мовлення. При логопедичній оцінці обов'язково використовується показник «зрозумілості мовлення для оточуючих» (Волкова, & Шаховская, 1998). За цим критерієм виділяють 4 ступеня тяжкості дизартрії: до першого ступеня відносять порушення звуковимови, які може виявити лише логопед; до другого ступеня відносять порушення звуковимови, які відзначають навколишні, але мовлення зрозуміле; до третього ступеня відносять порушення, які роблять мовлення зрозумілим тільки близькому оточенню; до найтяжчого ступеня (анартрія) відносять порушення, при яких мовлення незрозуміле навіть найближчим людям (Волкова, & Шаховская, 1998).

Окрім дизартрії, приблизно у третини пацієнтів, які перенесли інсульт, наявне мовленнєве порушення – афазія.

Принципово важливою є диференціювання афазії від периферичних порушень артикуляції або органів слуху (системне порушення мовлення), від розладів засвоєння мовлення (є набутим дефіцитом), від психіатричних хвороб (має очевидні органічні причини) і від дифузних прогресуючих нейропатологій (виникає при «вогнищевих» ураженнях) (Зинова, Драгой, & Федорова, 2011).

Клінічні картини афазій неоднорідні. Відмінності між ними зумовлені насамперед локалізацією осередку ураження. Афазії виникають при ураженнях так званих мовленнєвих зон кори головного мозку, що розташовані в задньому відділі нижньої лобної звивини, у верхній скроневій

звивині, нижній тім'яній долі та на стиках тім'яної, скроневої і потиличної областей домінантної півкулі.

Так, при локальному ураженні зазначених зон первинно порушується нейрофізіологічні і нейропсихологічні механізми, що призводять до специфічних системних порушень різних рівнів, сторін, видів мовленнєвої діяльності. При цьому порушення мовлення супроводжуються цілим рядом немовленнєвих порушень: рухових, зорових, тактильних (Шкловский, & Визель, 2000).

У вітчизняній і зарубіжній спеціальній педагогіці існують різні класифікаційні системи афазій. Найбільш поширеною серед них є класифікація О. Лурії.

Відповідно до цієї класифікації існують такі форми афазій:

1. Моторна афазія аферентного типу.
2. Моторна афазія еферентної типу.
3. Динамічна афазія.
4. Сенсорна (акустико-гностична) афазія.
5. Акустико-мнестична афазія.
6. Семантична афазія (Шкловский, & Визель, 2000).

Афазії, які виникають при ураженні верхньоскроневої і нижньотім'яної зон, що входить в другий функціональний блок (Лурія, 1979), називаються «задніми» формами афазії. Це афазії, при яких порушуються парадигматичні відношення. Афазії, які виникають при ураженні задньолобних відділів мозку, що входять в третій функціональний блок називаються «передніми» афазіями. При цих формах афазії порушуються синтагматичні співвідношення (Волкова, & Шаховская, 1998).

Моторна афазія аферентного типу – ураження вторинних зон постцентральної і нижньотім'яної відділів кори головного мозку, розташованих ззаду від центральної, або Роландової, борозни.

При аферентній моторній афазії, як правило, порушено і оральний, і артикуляційний праксис. Пацієнти іноді справляються лише з імітацією простих оральних поз, а виконання їх за усною інструкцією в більшості випадків їм

недоступно. Спостерігаються пошуки пози, які проявляються в безладних рухах язика та губ. Артикуляційна апраксія є первинним порушенням при цій формі афазії і становить «ядро» всього синдрому (Шкловский, & Визель, 2000). Тривалий час у пацієнтів спостерігаються специфічні особливості порушення розуміння мовлення. Вони полягають у вторинних порушеннях фонематичного слуху. При аферентній кінстетичній моторній афазії виникають труднощі в розпізнаванні на слух слів зі звуками, які мають спільні ознаки за місцем і способом артикуляції (Волкова, & Шаховская, 1998).

При грубому ступені мовленнєвого порушення спонтанне усне мовлення практично відсутнє, є лише мовленнєві «емболії», які замінюють вербальне мовлення при спробах спілкування з оточуючими. Особи широко користуються жестами та мімікою. При менш грубому порушенні, спонтанне мовлення бідне, складається з окремих слів. Фразове мовлення можливе лише в окремих пацієнтів. Фраза примітивна за логічною структурою (Шкловский, & Визель, 2000).

Еферентна моторна афазія – ураження передніх гілок лівої середньомозкової артерії. Воно супроводжується, як правило, кінетичною апраксією, що виражається в труднощах засвоєння і відтворення рухової програми.

Ураження премоторних відділів мозку викликає патологічну інертність мовленнєвих стереотипів, що призводять до звукових, складових і лексичних перестановок і персеверацій (Волкова, & Шаховская, 1998). Через персеверації стає неможливим конструювання та побудова речень. Пацієнти можуть вимовляти окремі звуки (іноді слова, короткі речення), але перейти до вимови серії звуків, де необхідно своєчасне та чітке переключення з одного елемента на інший, призводить до розпаду «кінетичної мелодії» (Цветкова, 2001).

Мають місце також і труднощі сприймання мовлення через відсутність повноцінних артикуляційних опор, а також інертності в області переключення слухової уваги. Відзначається неповне розуміння мовленнєвих конструкцій, в яких граматичні елементи несуть істотне смислове навантаження. Спонтанне мовлення пацієнтів з грубою формою афазії бідне. Воно складається в

основному з добре усталених слів, переважно номінацій. Є значні труднощі вимови, які проявляються в «застряванні» на окремих фрагментах слова (Шкловский, & Визель, 2000).

Динамічна афазія – ураження задньолобних відділів домінантної півкулі, тобто відділів третього функціонального блоку – блоку активації, регуляції і планування мовленнєвої діяльності (Волкова, & Шаховская, 1998).

У пацієнтів з динамічною афазією спонтанне мовлення практично відсутнє, за винятком окремих усталених в колишній мовленнєвій практиці мовленнєвих штампів, переважно розмовно-побутового характеру. При їх відтворенні не виявляється будь-яких вимовних труднощів, проте інтонаційна картина відрізняється одноманітністю. Мовленнєва активність низька. Присутні часті ехोलалії. Виникає постійна потреба у стимулюванні мовлення ззовні (Шкловский, & Визель, 2000).

Особи з грубим порушенням розуміють мовлення неповністю переважно внаслідок виснаження уваги, персеверацій. В усному мовленні спостерігається порушення предикативності мовлення: у мовленні мало дієслів, коротка «рублена» пауза, тривала пауза між словами (Шкловский, & Визель, 2000).

Сенсорна (акустико-гностична) афазія – ураження задньої третини верхньої скроневої звивини лівої півкулі.

На ранньому етапі після інсульту при сенсорній афазії спостерігається повна втрата розуміння мовлення: чуже мовлення сприймається як нечленороздільний потік звуків. Нерозуміння мовлення оточуючих і відсутність явних рухових порушень призводить до того, що пацієнти не завжди відразу усвідомлюють у себе наявність мовленнєвого порушення. На пізніших етапах і при менш виражених порушеннях спостерігається лише часткове нерозуміння мовлення, заміна точного сприймання слова здогадками (Волкова, & Шаховская, 1998).

Спонтанне мовлення набуває вигляду «словесного салату»: велика кількість літеральних і вербальних парафазій, логорея, явища звукового і смислового «зісковзування». Виявляються численні аграматизми узгодження, але, в цілому, мовлення пацієнтів справляє враження потоку. Інтонації багаті,

темپ прискорений, є помилки у наголосі; лексика різноманітна. У ній переважають дієслова, а також вигуки та інші службові частини мови. Пацієнти супроводжують висловлювання різноманітною мімікою і жестами (Шкловский, & Визель, 2000).

Акустико-мнестична афазія – ураження середніх і задніх відділів скроневої області.

Для акустико-мнестичної афазії характерна дисоціація між відносно збереженою здатністю повторити окремі слова і порушенням можливості повторення трьох-чотирьох не зв'язаних за змістом слів (Волкова, & Шаховская, 1998).

Особи з грубою акустико-мнестичною афазією, як правило, розуміють короткі мовленнєві конструкції. При сприйманні більш розгорнутих текстів виявляються помилки осмислення. При пред'явленні серій назв виникає відчуження сенсу слова. Первинних порушень фонематичного слуху не виявляється, однак обсяг слухомовленнєвої пам'яті часто недостатній для утримання мовленнєвого ряду навіть з 3-х елементів – голосних звуків або слів. Прості (однозначні) усні інструкції, як правило, виконуються, багатоступеневі – ні.

Спонтанне мовлення представлене короткими фразами, різноманітними по лексико-граматичній структурі. Водночас мають місце досить часті вербальні парафазії і паузи, зумовлені характерними труднощами знаходження потрібного слова. У довгих, складних за звуковою структурою словах, є спотворення в послідовності звукоряду, що становить слово: перестановки, пропуски, додавання звуків і слів (Шкловский, & Визель, 2000).

Семантична афазія – ураження третинних, тім'яно-потиличних відділів кори лівої півкулі (Цветкова, 2001).

Розуміння ситуативного і неситуативного мовлення є в тому випадку, якщо в ньому відсутні складні логіко-граматичні мовленнєві звороти. Тексти, що містять логіко-граматичні конструкції, як правило, важко розуміються особою з означеними порушеннями. Експресивне мовлення практично не змінене. Можна відзначити лише обмеження числа складних логіко-граматичних

зворотів мовлення, більш рідкісне, використання просторових прийменників і слів з просторовим значенням (Шкловский, & Визель, 2000).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Аналіз існуючих підходів до характеристики та відновлення мовлення осіб, які перенесли інсульт, дає можливість констатувати той факт, що дослідниками не приділялося достатньо уваги питанням вимовної сторони мовлення у дорослих осіб з наслідками вогнищевих уражень головного мозку. Питання навчально-методичного забезпечення при дизартріях та афазіях також не знайшло в літературі широкого відображення. Тому у сучасній практиці сформувався ряд протиріч між існуючими труднощами у відновленні мовлення при означених порушеннях на етапі реабілітації та теорією і практикою корекційної роботи; існуючим практичним досвідом відновлення мовлення та недостатністю його науково-методичного забезпечення.

Враховуючи все вищезазначене, констатуємо необхідність у проведенні дослідження, що спрямоване на вивчення порушень мовлення у осіб, які перенесли інсульт, зокрема дизартрії та афазії; розробку системи диференційованих сучасних методів відновлення мовлення; визначення спеціальних умов, що оптимізують процес відновлення мовлення та їх експериментальну перевірку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ferro, J., Massaro, A., & Mas, J. (2010). Aetiological diagnosis of ischaemic stroke in young adults. *Lancet Neurol*
2. Youngstroke.org. (2017, April). Defining Young Stroke. <https://youngstroke.org/>.
3. Rutten, Jacobs, L., & Maaijwee, N. (2013). Long-term mortality after stroke among adults aged 18 to 50 years. *JAMA*, 309.
4. Cerrato, P., Grasso, M., & Imperiale, D. (2004). Stroke in young patients etiopathogenesis and risk factors in different age classes. *Cerebrovasc Dis*, 18, 154-159.
5. Putaala, J. (2016). Ischemic stroke in the young: Current perspectives on incidence, risk factors, and cardiovascular prognosis. *European Stroke Journal*, 1, 28-40.
6. Кулеш, С. (2018). Нарушения речи при локальных поражениях мозга. *Медицинские новости*, 3, 4-9.
7. Волкова, Л., & Шаховская, С. (1998). *Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов . ВЛАДОС.*
8. Правдина, О. (1973). *Логопедия. Просвещение.*

9. Винарская, Е. (2006). Дизартрия . АСТ: Астрель, Хранитель.
10. Зинова, Ю. А., Драгой, О. В., & Федорова, О. В. (2011). Экспериментальное исследование речевого взаимодействия: данные языковой патологии. ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. СЕР. 9. ФИЛОЛОГИЯ, 3, 167-175
11. Савицький, А. (2004). До проблеми відновлення мовленнєвої та рухової діяльності у дітей з постопераційною афазією. Теорія і практика сучасної логопедії: Збірник наукових праць, 1, 168.
12. Шкловский, В., & Визель, Т. (2000). Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. Ассоциация дефектологов.
13. Цветкова, Л. С. (2001). Афазия и восстановительное обучение. НПО «МОДЭК»

REFERENCES

1. Ferro, J., Massaro, A., & Mas, J. (2010). Aetiological diagnosis of ischaemic stroke in young adults. *Lancet Neurol* (in English)
2. Youngstroke.org. (2017, April). Defining Young Stroke. <https://youngstroke.org/>. (in English)
3. Rutten, Jacobs, L., & Maaijwee, N. (2013). Long-term mortality after stroke among adults aged 18 to 50 years. *JAMA* , 309. (in English)
4. Cerrato, P., Grasso, M., & Imperiale, D. (2004). Stroke in young patients etiopathogenesis and risk factors in different age classes. *Cerebrovasc Dis* , 18, 154-159. (in English)
5. Putaala, J. (2016). Ischemic stroke in the young: Current perspectives on incidence, risk factors, and cardiovascular prognosis. *European Stroke Journal*, 1, 28-40. (in English)
6. Kulesh, S. (2018). Narusheniya rechi pri lokal'nykh porazheniyah mozga. *Medicinskie novosti*, 3, 4-9. [Speech disorders with local brain lesions] (in Russian)
7. Volkova, L., & Shahovskaja, S. (1998). Logopedija: Uchebnik dlja studentov defektol. fak. ped. vuzov . VLADOS. [Speech therapy] (in Russian)
8. Pravdina, O. (1973). Logopedija. Prosveshhenie. [Speech therapy] (in Russian)
9. Vinarskaja, E. (2006). Dizartrija . АСТ: Астрель, Хранитель. [Dysarthria] (in Russian)
10. Zinova, Ju. A., Dragoj, O. V., & Fedorova, O. V. (2011). Jeksperimental'noe issledovanie rechevogo vzaimodejstvija: dannye jazykovoj patologii. ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. СЕР. 9. ФИЛОЛОГИЯ, 3, 167-175 [Experimental study of speech interaction: evidence of language pathology] (in Russian)
11. Savytskyi, A. (2004). Do problemy vidnovlennja movlennjevoi ta rukhovoi diialnosti u ditei z postoperatsiinoiu afazijeiu. Teoriia i praktyka suchasnoi lohopedii: Zbirnyk naukovykh prats, 1, 168. [To the problem of restoration of speech and motor activity in children with postoperative aphasia] (in Ukrainian)
12. Shklovskij, V., & Vizel', T. (2000). Vosstanovlenie rechevoj funkcii u bol'nykh s raznymi formami afazii. Associacija defektologov [Restoration of speech function in patients with different forms of aphasia] (in Russian)
13. Cvetkova, L. S. (2001). Afazija i vosstanovitel'noe obuchenie. NPO «MODJeK» [Aphasia and restorative learning] (in Russian)

Матеріал надійшов до редакції 05.07.2021 р.