

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**ПАТОЛОГІЯ МОВИ У ДОРΟΣЛИХ З ОРГАНІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**
(методичні рекомендації)

Харків 2010

Організація-розробник:

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра лікувальної фізкультури, спортивної медицини та реабілітації

Укладники:

Малахов Володимир Олександрович – д.м.н., професор, зав. кафедри лікувальної фізкультури, спортивної медицини та реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Завгородня Ганна Миколаївна – к.м.н., асистент кафедри лікувальної фізкультури, спортивної медицини та реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, т. (057) 711-97-26.

Рецензент:

Міщенко Тамара Сергіївна – д.м.н., професор, головний позаштатний невролог МОЗ України, Заслужений діяч науки та техніки України, керівник відділу судинної патології головного мозку Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України.

Морозова Ольга Григорівна – д.м.н., професор, зав. кафедри рефлексотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти

Голова експертної комісії – д.м.н., проф. О.В. Більченко.

Методичні рекомендації «Патологія мови у дорослих з органічними захворюваннями головного мозку» затверджені рішенням Вченої ради Харківської медичної академії післядипломної освіти, протокол №8 від 28.10.2010 року.

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я, Всесвітня федерація інсульту на Всесвітньому конгресі з проблеми інсульту (Ванкувер, Канада) у червні 2004 року звернулися з повідомленням, у якому інсульт оголошений глобальною епідемією, яка загрожує життю і здоров'ю населення всього світу.

Відповідно до світової статистики, у даний час відзначається стрімка тенденція до збільшення числа хворих з інсультом, а також до їх «омолодженню». За даними ВООЗ, 30% хворих становлять особи працездатного віку (до 50-60 років), 70-80% хворих, що перенесли інсульт, цілком втрачають професійні навички і працездатність.

Порушення мови (афазії, дизартрії) спостерігаються більш ніж у третини хворих, що перенесли інсульт, і є другим за значимістю і поширеністю постінсультним дефектом після рухових порушень. До кінця гострого періоду інсульту, за даними російських авторів, афазія відзначається у 36% випадків, дизартрія рідше – у 14% випадків. Наявність мовного дефекту після перенесеного інсульту, черепно-мозкової травми, пухлини мозку або оперативного втручання на головному мозку значно знижує комунікативні можливості хворих, повсякденну життєву активність, сприяє їхній соціальній ізоляції. Черепно-мозкова травма також залишає після себе мовні порушення, при тяжкій травмі вони складають близько 30% випадків.

Докладний опис основних форм афазій приводиться нами у зв'язку з тим, що основна аудиторія клініцистів недостатньо орієнтована в класифікаціях афазій, які використовуються в нашій країні та західних країнах, а також їх клінічних ознаках. Ті самі проблеми стосуються такого розділу мовних порушень, як дизартрія у дорослих.

Знайомство лікарів з проблемою патології мови у дорослих допоможе знайти загальну мови зі спеціалістами з мовленнєвої корекції та підвищити можливості реабілітаційного процесу хворих з органічною патологією головного мозку.

Визначення мовлення

Мовлення – це складна і специфічно організована форма свідомої діяльності, яка призначена для спілкування між людьми. Крім того,

мова є знаряддям інтелектуальної діяльності, конкретного й абстрактного мислення і засобом регуляції власних психічних процесів людини. Мовлення виникло як засіб спілкування, комунікації, і тому для реалізації цієї функції потрібна наявність щонайменше 2-х суб'єктів – що говорить і що слухає. Мовлення промовця – експресивна мова – починається з мотиву висловлення, загальної думки, яка за допомогою внутрішньої мови кодується в мовні схеми, що перетворюються в розгорнуте мовлення за певними законами граматики. Мовлення слухача – імпресивна мова – це сприйняття чужої мови, декодування її, виділення істотних елементів, скорочення до деякої мовної схеми, перетвореної потім за допомогою внутрішньої мови в загальну думку, висловлювання з відповідним задумом.

Мова – це друга сигнальна система, вербальна комунікація (зв'язок) між людьми. Невербальна комунікація (міміка, жести, поза, вокалізація) є у тварин та птахів, а вербальна (мовленнева) з'являється тільки у людини завдяки використанню знакових систем. З огляду на те, що мова займає особливе положення посеред інших психічних процесів (пам'ять, уява та ін.), вона належить до них і тим самим пов'язана з усіма іншими психічними явищами. У тій же мірі вона охоплює усю психіку людини, виконує в ній свою структуроутворюючу інтегративну функцію.

Усі психічні процеси людини формуються та організуються не тільки за загальнобіологічними, а і за соціальними закономірностями. Проте лише мова у загальному переліку психічних процесів людини виходить за межі психіки індивідуального суб'єкта та за суттю своєї організації є процесом не індивідуально-психологічним, а соціально-психологічним. Які би важливі функції мовленнєвий процес не придбав у ході онтогенезу, у своїй вихідній функції він є *комунікативним актом*.

Види порушень мови у дорослих

Виділяють декілька видів порушень мови у дорослих.

Афазія – це набуте порушення вербального і надвербального рівней комунікації при ураженні вторинних і асоціативних ділянок кори лівої півкулі мозку у дорослих. У широкому значенні афазія включає порушення усіх варіантів вербальної комунікації: звукової (усна мова),

зорової (читання та письмо), а також тактильної. У вузькому значенні афазія — це порушення усної мови.

Найбільш елементарним порушенням мови є дизартрія – група довербальних порушень комунікації. Дизартрія виникає при порушеннях артикуляції, які пов'язані з елементарною патологією мовнорухового апарату (парез/параліч, порушення тону чи координації). При цьому страждають як артикуляторні («словесні»), так і неартикуляторні («несловесні») рухи (прості рухи язика та губ, рухливість м'якого піднебіння та ін.). В клінічній практиці під дизартрією розуміють невиразну, мало розбірливу, неясну мову, яка обумовлена органічною патологією кіркових, підкіркових та стовбурових структур головного мозку.

Окрім афазій та дизартрій посеред мовних розладів у дорослих виділяють наступні порушення мови:

- 1) аномія – труднощі називання стимулів визначеної модальності внаслідок порушення міжпівкульної взаємодії;
- 2) мутізм – порушення мови, яке пов'язане з невротичним порушенням або психічним захворюванням;
- 3) мовленнева аспонтанність (акінезія) – порушення мови при ураженні медіобазальних відділів префронтальної кори.

Співвідношення між конкретним мовним розладом і локалізацією ураження мозку неоднозначно і повинно розглядатися у контексті всієї мовленнєвої системи.

Класифікації афазій

Цілеспрямоване вивчення мовленнєвих порушень почалось у другій половині XIX ст. У 1861 р. П. Брока описав порушення властивості говорити у хворого з ураженням задніх відділів третьої лобної звивини (центр Брока). У 1873 р. К. Верніке виявив, що при ураженні задньої третини верхньої скроневої звивини (центр Верніке) порушено розуміння мови. Перша форма розладу мови отримала назву моторної (еферентної, експресивної) афазії, друга - сенсорної (аферентної, імпресивної). Тоді вже відмічалось, що афазії звичайно виникають при патологічному процесі у лівій півкулі мозку, яка є домінантною у праворуких людей (близько 90%).

У 1874 р. німецький лікар К. Верніке і у 1885 р. швейцарський лікар

Л. Ліхтгейм запропонували класифікацію афазій, яка була визнана класичною та базувалася на анатомічному принципі. Автори намагались відобразити в ній можливі особливості афазій у випадках уражень різних ділянок домінантної півкулі. Ними було виділено 7 форм афазій, з них 2 основні: коркові моторна та сенсорна афазії. На сьогоднішній день, у Західних клініках розповсюджена класифікація Верніке-Ліхтгейма, модифікована з урахуванням найсучасніших досягнень медичної науки. Згідно цієї класифікації виділяють 8 класичних форм афазій: афазія Брока, афазія Верніке, проводникова афазія (як наслідок порушення зв'язків між центрами Брока і Верніке), глобальна афазія, транскортикальна моторна та сенсорна афазії (як наслідок порушення зв'язків між центрами Брока і Верніке і гіпотетичним центром понять), змішана транскортикальна афазія, аномічна афазія, підкіркові форми афазій при ураженні проекційних волокон до основних мовних ділянок (стріато-капсулярна, таламічна).

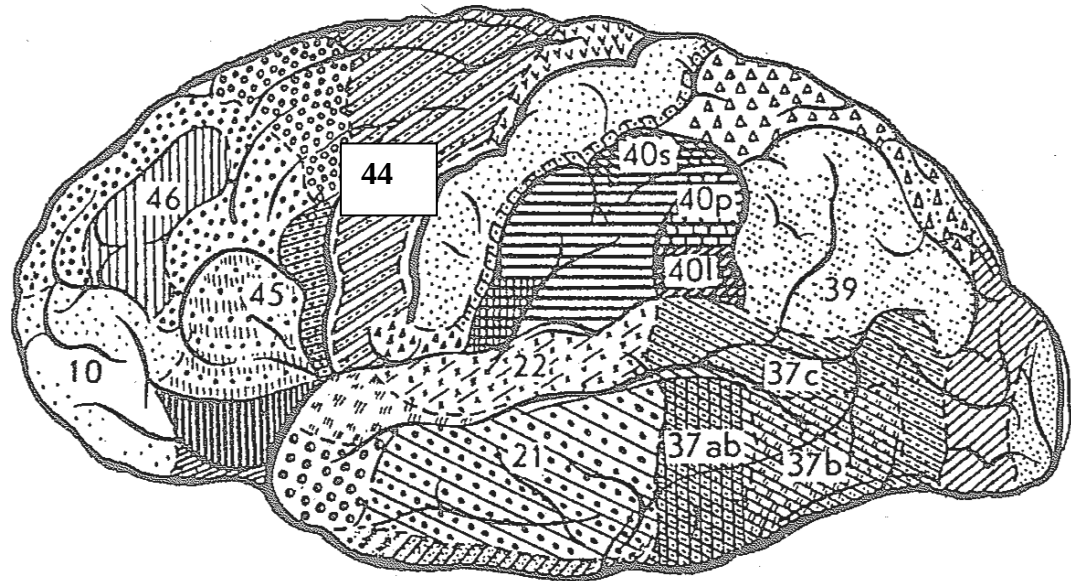
В 60-70-х рр. ХХ ст. А.Р. Лурія розробив класифікацію афазій, в основу якої були положені результати синтеза морфологічних, синдромологічних і лінгвістичних понять. Ця класифікація формувалася в процесі постійного контакту з нейрохірургічними хворими. Лурія А.Р. виділив 3 форми порушення експресивної мови (моторної афазії): аферентну (кінестетичну), еферентну (кінетичну) і динамічну, а також 2 форми порушення імпресивної мови: сенсорну і семантичну афазії; крім того, він визнавав існування амнестичної афазії.

Топічні співвідношення між виникненням тієї чи іншої афазії та ураженням різних ділянок кори головного мозку представлені на мал.1.

На практиці рідко зустрічаються ізольовані форми афазій. Тому обґрунтовано виділення «комплексної моторної афазії», коли страждають всі форми експресивної мови (продукція, діалог, називання, повторення, читання, письмо, рахунок) і «комплексної сенсорної афазії», коли страждає фонематичний слух і слухомовна пам'ять (порушені розуміння, повторення, називання, рахунок).

Слід відзначити, що класифікація Верніке-Ліхтгейма досить схематична і проста у користуванні та визначенні тієї чи іншої форми афазії, у той же час вона не надає диференційованого підходу до корекції окремих клінічних форм афазій. Класифікація А.Р. Лурії була створена у клінічних умовах із використанням складних нейропсихологічних, морфологічних, лінгвістичних підходів та

розробкою диференційованих методик корекції форм афазій згідно цієї класифікації.



- ▣ Еферентна моторна афазія (ураження задньолобних відділів кори мозку – поле 44, ділянка Брока).
- ▣ Аферентна моторна афазія (ураження задніх постцентрально-рухового аналізатора, нижні тім'яні відділи).
- ▣ Динамічна афазія (спереду від зони Брока).
- ▣ Сенсорна (акустико-гностична) афазія (ураження задньої третини верхньої скроневої звивини – поле 22, ділянка Верніке).
- ▣ Акустико-мнестична афазія (ураження середньої скроневої звивини – поля 21 і 37).
- ▣ Семантична афазія (ураження тім'яно-скронево-потиличної ділянки, зона ТРО).

Мал.1. Топічні співвідношення між клінічною формою афазії за класифікацією А.Р. Лурії та ураженням різних ділянок кори головного мозку.

У табл.1 наведені клінічні форми афазій за двома вказаними класифікаціями. При цьому ці класифікації в жодному разі не

утотожнюються та не порівнюються, поряд наведені форми афазій, які мають деякі східні прояви та клінічні, нейропсихологічні, лінгвістичні ознаки.

Таблиця 1. Клінічні ознаки афатичних синдромів за класифікацією Верніке-Ліхтгейма та класифікацією А.Р. Лурії.

Класифікація Верніке-Ліхтгейма	Мовна продукція	Розуміння чужої мови	Повторення	Називання	Швидкість мовлення	Класифікація А.Р. Лурії
коркова моторна афазія Брока	-	+	-	-	-	еферентна моторна афазія
транскортикальна моторна афазія	-	+	+	-	-	динамічна афазія
коркова сенсорна афазія Верніке	+	-	-	-	+	акустико-гностична афазія
транскортикальна сенсорна афазія	+	-	+	-	+	акустико-мнестична афазія
глобальна афазія	-	-	-	-	-	сенсомоторна афазія
змішана транскортикальна афазія	-	-	+	-	-	—
аномічна афазія	+	+	+	-	+	амнестична афазія
підкіркові афазії	+/-	+	+	-	+/-	—
—	-	+	+	-	-	аферентна моторна афазія
—	+	+	+	+	+	семантична афазія
проводникова афазія	+	+	-	-	+	—

- функція порушена

+ функція не порушена

Структура і клінічні прояви афатичного дефекта

Афазія відноситься до числа тяжких порушень мови органічного

центрального походження, набутих у будь-якому віці (у дитини після 3 років).

Афазія виникає при наступних захворюваннях:

1. Порушення мозкового кровообігу.
2. Травми головного мозку.
3. Пухлини головного мозку.

Тяжкість і характер протікання афатичного синдрому залежить від наступних факторів:

1. Обширність вогнища ураження та його локалізація
2. Характер порушення мозкового кровообігу.
3. Стан неушкоджених відділів мозку, які виконують компенсаторні функції.

Афазія (від греч. а - відкидання + phasis - мова) – узагальнююче визначення розладів мови, які виникають у людей із збереженим артикуляторним апаратом і достатнім слухом, при яких частково чи повністю втрачається можливість активно користуватися мовою для вираження думок та почуттів та/або розуміти мову. При афазії порушується граматична і лексична структура мови. Термін «афазія» увів у 1864 р. французький лікар А. Труссо. Механізм афазії дуже складний. У його основі лежить розпад мовного стереотипа. В результаті цього хворий втрачає навички вимовлення чи можливість розуміння чужої мови.

Афазія містить у собі 4 складові:

- 1) Порушення власне мовлення і вербального спілкування.
- 2) Порушення інших психічних процесів.
- 3) Зміна особистості.
- 4) Особистісна реакція на хворобу.

При діагностиці афазії слід враховувати рівень інтелектуального розвитку хворого, стан його слуху, загальний стан та рівень свідомості в період обстеження. Можлива необхідність диференціювати прояви афазії від дизартрії, афонії, мутізма. Характер мови може змінюватись при розвитку деменції і різних форм психічної патології і має у цих випадках особливості, які відрізняють її від афазії.

Діагностика мовного дефекта

Для розуміння специфіки мовного розладу при тій або іншій формі афазії, а, значить, і для забезпечення диференційованого підходу до

їхнього подолання, надзвичайно важливо виявити механізм або т.зв. «порушену передумову», що обумовлює характер афазіологічного синдрому.

Афазія зазвичай супроводжується порушенням інших, пов'язаних з мовленням функцій, – письма (аграфія) і читання (алексія).

Ступені виразності мовних порушень:

- 1) груба афазія – мовне спілкування з хворим неможливе або вкрай утруднене;
- 2) помірна афазія – мовний контакт з хворим можливий, однак викликає труднощі;
- 3) легка афазія – елементи афазії виявляються спеціальними нейропсихологічними тестами;
- 4) немає порушень.

Отже, інсульт або черепно-мозкова травма призводять до важкого розладу мови, яке носить назву афазія. Афазія може виступати в різній формі, залежно від того, де, у якій ділянці мозку локалізован осередок ураження, і відповідно від того, які засоби мови (звуки, слова або пропозиції) стають недоступними або не цілком доступними для використання в мові. Однак за будь-якої з форм не буває ізольованого порушення тільки звуків мови, або тільки слів, або тільки речення. Не може бути також ізольованих порушень тільки усного або тільки письмового мовлення. Афазія – це системний розлад мовної функції людини. Тільки при одній формі афазії головним буде порушення звуків мови, а порушення слів, речень, письма, читання будуть впливати з цього первинного дефекту; а при іншій – порушуються насамперед слова, а всі інші розлади будуть наслідком цього порушення.

Крім загальних рис, характерних для групи хворих з тією або іншою формою афазії, мають місце індивідуальні прояви афазії, які залежать від характеру хворого, його освіти, професії, укладу життя до захворювання. Це необхідно враховувати, маючи справу з дорослим хворим, особистість якого і соціальний стан до моменту захворювання вже були сформовані.

Діагностика конкретної форми афазії має деяку складність у зв'язку з клінічною неоднородністю одних і тих же симптомів на різних етапах розвитку та відновлення при афазії.

Діагностика мовної продукції (експресії) і розуміння мови (імпресії, рецепції) дуже важлива для ведення хворого і правильних

рекомендацій хворим і тим, хто за ними доглядає.

Важливо оцінити здатність хворих до спілкування для того, щоб:

- 1) виділити клінічний синдром і ймовірну причину ураження;
- 2) знайти для хворого спосіб вираження його бажань, щоб доглядаючи за ним розуміли, чого він хоче, щоб уникнути небажаних стресів, пов'язаних з нетриманням сечі й ін.
- 3) з'ясувати, наскільки хворий здатний розуміти, щоб можна було видавати інформацію на відповідному для нього рівні, тут активно підключаються навички невербального спілкування;
- 4) оцінити прогноз хворого і поставити розумні мети реабілітації;
- 5) не дати можливості хворим втратити контроль над власними справами.

З метою виявлення афазії перевіряються:

1) *експресивна мова*:

- * спонтанна мова (участь хворого в діалозі, здатність давати конкретні відповіді на питання),
- * автоматизована мова (перелік чисельних рядів від 1 до 10, пори року, днів тижня, місяців и т.п.),
- * називання предметів та їх зображень,
- * повторна мова - повторення вслід за обстежуючим голосних, та приголосних звуків та звукосполучень, повторення простих слів (<стіл>, <ліс>, <гром>), більш складних слів (<конституція>), різних за складністю фраз, скоромовок.

2) *імпресивна мова*:

- * розуміння хворим сенсу окремих слів і фраз (він повинен показати предмети, частини тіла, зображення на картинках, які пропонує обстежуючий; різницю між схожими за звучанням словами, наприклад, <бочка-почка-дочка>),
- * розуміння хворим простих і більш складних завдань: дотронутись пальцем лівої руки правого уха, тричі постучати по столу,
- * для перевірки фонематичного слуху виявляється здатність хворого розрізняти близькі фонemi (<са-за>, <да-та>),
- * розуміння сенсу фраз, які мають складну логіко-граматичну структуру.

Афазія может сполучатися з іншою нейропсихологічною та вогнищевою неврологічною симптоматикою: алексією, аграфією, акалькулією, апраксією, агнозією, дизартрією, мовним акінезом,

афонією, вогнищевою неврологічною симптоматикою. Тому для визначення топічного і нозологічного діагнозу звичайно виникає необхідність повного неврологічного і нейропсихологічного обстеження хворого та інструментальних обстежень (нейрофізіологічних, нейровізуалізаційних).

Диференційна діагностика афазій і дизартрій

На першому етапі варто відрізнити афазію/дисфазію від анартрії/дизартрії. Анартрія спостерігається при псевдобульбарному паралічі або двосторонньому ураженні стовбура мозку, при цьому порушується ковтання (дисфагія), збережено письмо. Варто пам'ятати, що дизартрія не завжди пов'язана з ураженням стовбура мозку. Вона може виникати через слабкість м'язів обличчя при полушарном інсульті і бути у тяжкому ступені при осередках в обох півкулях. Поняття «коркової дизартрії» спірно донині. Використовується в тих випадках, коли хворий не говорить, але розуміння збережене, читання і письмо збережені, немає ознак бульбарного паралічу. Така афазія описана при осередках ураження в передніх відділах лобової частки.

Біля ліжка хворого клініцист може оцінити стан мовних функцій методом експрес-діагностики, що дозволяє досить ефективно відрізнити афатичний дефект від дизартрії:

- 1) переконатися, що Ви говорите на рідній для хворого мовою, відсутня глухота або включений слуховий апарат, чи добре підігнані зубні протези;
- 2) спонтанне мовлення – оцінити мовну продукцію, артикуляцію, зміст промови під час збору анамнезу;
- 3) розуміння мовлення на слух – прості питання (відповіді так/ні);
- 4) називання (номінативна функція мовлення) – попросити хворого назвати об'єкти, частини об'єктів, частини тіла;
- 5) повторення;
- 6) читання – вголос, розуміння прочитаного;
- 7) письмо – спонтанне (Чому Ви надійшли до лікарні?), під диктування, копіювання;
- 8) артикуляція – п/п (для кругової м'язи роту), т/т (для передньої частини язика), к/к (для задньої частини язика і піднебіння).

Досить часто мовна функція змінюється залежно від таких факторів, як втома, тривожність і супутні захворювання.

Дизартрію можна з впевненістю діагностувати, якщо експресивна та імпресивна мови, письмо та читання не страждають, при цьому є порушення артикуляції, дефекти голосоутворення, мовного подиху, просодики (темп, ритм, мелодика, інтонація мовлення). Основні симптоми, що характерні для дизартрії:

1) розлади координації між подихом і артикуляцією, скорочення тривалості мовного видиху, форсування початку фази видиху, нерівномірність видиху протягом фрази, надмірний забір повітря на фазі вдиху, судорожність вдиху і видиху;

2) порушення загальної моторики і тонусу м'язів шиї, обличчя й артикуляторного апарату, що проявляється скутістю і незручністю рухів, зменшенням обсягу і сили рухів м'язів мовного апарату;

3) зміни голосу – голос стає слабким, глухим, хрипким, або з'являється назальний відтінок;

4) порушення просодичних характеристик мовлення – монотонність, зміна темпу вимовлення.

Клінічні форми афазій

Моторна афазія характеризується втратою навика вимови, чи навика довільних рухів мовного апарату (мовна апраксія) при збереженому розумінні звернутої мови, що не пов'язано з паралічами м'язів артикуляційного апарату.

Аферентна моторна афазія – один з найважчих мовних розладів. Нерідко поєднується з еферентною моторною афазією, тоді її подолання виявляється особливо тривалим процесом.

Виникає при ураженні нижніх відділів постцентральної зони мозку і нижньотім'яних відділів кори головного мозку, розташованих кзду від центральної, роландової борозни. Ці ділянки кори головного мозку отримують інформацію від пропріорецепторів мовнорухового апарату і забезпечують кінестетичну основу артикуляції. При ураженні вказаного відділу мозкової кори виникає порушення координації роботи м'язів, які приймають участь у формуванні звуків мови, і з'являються помилки при промові окремих мовних звуків, насамперед, гомоорганних, тобто зі

схожими фонетичними особливостями (наприклад, передньоязикові <т>, <д>, <н>; щільові <ш>, <щ>, <з>, <х>; губні <п>, <б>, <м>).

Центральним розладом є порушення кінестетичної аферентації довільних оральних рухів. Хворі втрачають можливість здійснювати за завданням рухи язиком, губами й іншими органами артикуляції. Мимоволі ці рухи можуть бути виконані, оскільки немає парезів, що обмежують обсяг оральних рухів. Це зветься оральною апраксією. Оральна апраксія лежить в основі артикуляційної апраксії, що має безпосереднє відношення до проголошення звуків мовлення. Залежно від ступеня виразності артикуляційної апраксії це виявляється у:

- 1) відсутності артикулювання мовлення;
- 2) спотвореному відтворенні артикуляційних поз;
- 3) пошуках артикуляції.

Вторинно системно порушені інші сторони мовної функції. У той чи іншій мірі порушується спонтанна мова, автоматизована мова, повторна мова, називання.

Еферентна моторна афазія – наслідок пошкодження нижніх відділів премоторної зони в задній частині нижньої лобної звивини (зона Брока: кіркові поля 44 і 45). У нормі вона забезпечує плавну зміну одного орального або артикуляційного акта іншим, що необхідно для зливання артикуляцій у послідовні організовані низки – «кінетичні рухові мелодії».

При осередкових ураженнях премоторної зони виникає патологічна інертність артикуляторних актів, з'являються персеверації, що перешкоджають вільному перемиканню з однієї артикуляторної пози на іншу. У результаті мовлення хворих стає розірваним, супроводжується застряганням на окремих фрагментах висловлювань. Ці дефекти промовної сторони мовлення викликають системні розлади й інших сторін мовної функції: читання, письма, а частково і розуміння мовлення.

Таким чином, на відміну від аферентної моторної афазії, де артикуляційна апраксія відноситься до одиничних поз, при еферентній – вона відноситься до їхніх серій. Хворі відносно легко вимовляють окремі звуки, але відчують істотні труднощі при вимовленні слів і фраз.

Артикуляція окремих звуків можлива, однак затруднено переключення з однієї мовної одиниці на другу. Мова такого хворого

уповільнена, немногословна, з поганою артикуляцією, потребує від нього значних зусиль, у мові численні літеральні і вербальні персеверації (повторення). У зв'язку з пропуском допоміжних слів та відмінних закінчень мова хворого може набувати характеру «телеграфної». При грубій еферентній афазії у хворого формується «мовний ембол» - повторення деяких слів (нерідко бранних), які вимовляються взамін інших слів з передачею інтонаційних особливостей. Також порушується номінативна функція мови, активне читання і письмо. Відносно збережені розуміння усної і письмової мови, фрагментарна автоматизована мова, співання (хворий наспівує мелодію, вимовляє слова із пісні).

Хворі усвідомлюють наявність розладу мови і тяжко переживають наявність цього дефекту.

При динамічній афазії має місце ураження мозку в задньо-лобових відділах лівої півкулі, розташованих кпереду від зони Брока(поля 9, 10, 11, 46). Механізм виникнення цієї форми афазії пояснюється як наслідок зниження впливів на кіркові структури з боку активуючих систем ретикулярної формації оральних відділів стовбуру мозку.

Мовний дефект при цій формі афазії виявляється головним чином у мовній аспонтанності і інактивності. Промовні труднощі мало значущі. Мовлення хворих відрізняється бідністю, односкладовістю відповідей у діалозі, порушенням мовного програмування при 1-му варіанті динамічної афазії. При 2-му варіанті спостерігаються розлади граматичного структурування.

Хворий здатний артикулювати усі звуки, промовляти слова, але у нього знижена мотивація до мовлення. Це особливо чітко проявляється в спонтанній розповідній мові. Хворі неохоче вступають в мовний контакт, їх мова спрощена, редукована, швидко виснажується у зв'язку з утрудненням підтримки в процесі мовного спілкування достатнього рівня психічної активності. Активація мови в таких випадках можлива шляхом стимулюючого впливу на хворого, у розмові на тему, яка має для хворого високий ступінь особистісної значимості.

Сенсорна (акустико-гностична) афазія розвивається при ураженні у ділянці верхньої скроневої звивини домінантної півкулі (центр Верніке), яка є гностичним центром мови. Цьому сенсорна афазія за своїм механізмом є мовною агнозією, при якій хворий має нормальний слух, але не впізнає звуки мови, не розуміє сенсу зверненої до нього мови.

При сенсорній афазії має місце грубий розлад фонематичного слуху, тобто відзначається порушення розуміння мовлення при сприйнятті його на слух. На ранніх стадіях захворювання при великих осередках ураження в скроневій частці спостерігається повний розлад розуміння мовлення. Хворий сприймає чуже мовлення як нечленороздільний потік звуків. Хворі з цією формою афазії, як правило, не мають виражених рухових порушень, і повне нерозуміння мовлення оточуючих, відсутність слухового контролю за своєю мовою призводить до того, що вони не завжди відразу усвідомлюють свою хворобу. Вони стають рухливими, багатомовними. На більш пізніх етапах і при менш виражених розладах спостерігається лише часткове розуміння мови, підміна точного сприйняття здогадами.

На основі нерозрізнення звуків виникає мінливість сприйняття мови. Різні слова можуть звучати для хворого однаково або те саме слово сприймається по-різному. Таким чином, порушення звукового диференціювання веде до зниження сенсу. У зв'язку зі звуковою лабільністю у хворих із сенсорною афазією розбудовується самоконтроль за власною промовою, у результаті чого в їхньому усному мовленні з'являється компенсаторна багатослівність. У їхній мові багато літеральних і вербальних парафазій.

Читання залишається найбільш збереженою мовною функцією при сенсорній афазії, тому що воно здійснюється шляхом залучення оптичного і кінестетичного контролю.

Письмова мова порушується більшою мірою, однак, якщо загострити увагу хворого на його помилках із залученням збереженого оптичного контролю, це допоможе йому точно скопіювати потрібне слово.

Акустико-мнестична афазія – осередок ураження в середніх і задніх відділах скроневої області. На відміну від сенсорної афазії тут акустичний дефект виявляється не в сфері фонематичного аналізу, а в сфері слуховій мнестичної діяльності. Хворі втрачають здатність до утримання в пам'яті сприйнятої на слух інформації, виявляючи тим самим слабкість акустичних слідів. Поряд з цим у них виявляється звуження обсягу запам'ятовування. Ці дефекти призводять до певних труднощів розуміння розгорнутих текстів, які вимагають участі слухомовної пам'яті. У власній мові цих хворих основним симптомом афазії є словниковий дефіцит. Словниковий дефіцит пов'язаний як із

вторинним збіднінням асоціативних зв'язків слова з іншими словами даного семантичного куща, так і з недостатністю зорових уявлень про предмет.

Семантична афазія – ураження асоціативних полей тім'яно-скронево-потиличних областей лівої домінантної півкулі (зона ТРО). Дані відділи кори об'єднують послідовно надходжуючі зорові, соматосенсорні і слухові сигнали в єдину схему і забезпечують симультанний просторовий синтез цієї інформації.

Основний симптом – імресивний аграматизм, тобто нездатність розуміти складні логіко-граматичні звороти мови. При ураженні зони ТРО лівої півкулі хворий починає відчувати значні утруднення при укладці надходжуючих лексичних елементів в єдину логіко-граматичну структуру. Хворі нормально сприймають значення окремих слів і простих висловів, особливо тих, які складають комунікацію подій і не включають складних форм граматичного підпорядкування:

- 1) конструкції, які відбивають відношення двох предметів між собою, — це обрательні конструкції родового відмінку (брат батька — батько брата);
- 2) конструкції просторово-часових відношень (круг під квадратом і квадрат під кругом);
- 3) конструкції, які потребують інверсії (Іван пообідав після того, як прочитав газету);
- 4) порівняльні конструкції (Іван вище Петра, але нижче Дмитра).

Амнестична (аномічна) афазія спостережується при ушкодженні задніх відділів тім'яної і скроневої часток лівої півкулі, головним чином углової звивини (поля 37 і 40). Проявляється неможливістю називати предмети; при цьому хворий правильно говорить про їх призначення (ніж — то, чим режуть, і звичайно намагається показати, як це робиться). Підказка допомагає йому згадати потрібне слово, він може повторити це слово. У мові хворого з амнестичною афазією мало іменників і багато дієслів, при цьому активна мова швидка, збережено розуміння як усної, так і письмової мови.

Тотальна (глобальна) афазія - поєднання моторної і сенсорної афазії при великих інфарктах мозку в басейні лівої середньої мозкової артерії чи травматичних ураженнях, звичайно сполучається з вираженим геміпарезом на протилежному боці. Хворий не розуміє зверненої до

нього мови і сам у той же час нездатний до активного звуковимовлення.

Клінічні форми дизартрій

Дизартрія, яка проявляється лише дисфункцією мовнорухового апарату, виникає при ураженні різних рівней головного мозку. Види дизартрій:

1) Бульбарна (паралітична) виникає при ураженні ядер, корінців або периферичних стовбурів IX, X і XII черепних нервів.

2) Псевдобульбарна (спастична) дизартрія відмічається при наявності двобічних центральних паралічей лицьового і під'язикового нервів (ураження кортико-нуклеарних шляхів).

3) Екстрапірамідна дизартрія обумовлена вогнищевими ураженнями підкіркових ядер, а також їх зв'язків з іншими структурами мозку.

4) Мозочкова дизартрія виникає при вогнищевих ураженнях мозочка і його провідних шляхів.

5) Коркова дизартрія розвивається при ураженні первинних полей (4 рухового і 3 соматосенсорного) за рахунок порушення центральної інервації лицьового і під'язикового нервів чи аферентного парезу відповідних м'язів. Коркова дизартрія характеризується фонетико-артикуляційними розладами.

Принципи відновлення мови

Подолання мовних розладів являє собою досить складну проблему. Оцінивши, що у хворого є проблеми спілкування, необхідно переконатися, що всі прості заходи для оптимізації здібностей спілкування хворого прийняті (слухові апарати, окуляри, зубні протези). Ці прості речі часто недооцінюються, але мають величезне значення для хворого.

Рішення проблеми подолання мовних порушень вимагає спеціальних знань і великого досвіду відновлювальної роботи.

Комплексна реабілітація хворих з мовними порушеннями включає:

- 1) медикаментозні засоби;
- 2) кінезотерапію;
- 3) психотерапію, в т.ч. сімейну;
- 4) заходи соціально-побутової та трудової реабілітації;

- 5) відновне навчання – мовна терапія;
- 6) застосування методу транскраніальної магнітної стимуляції;
- 7) метод біологічно зворотнього зв'язку;
- 8) застосування комп'ютерних навчальних програм.

Робота по відновленню мови складається з декількох етапів:

1. Спеціальне тестування пацієнта з метою визначення форми і ступеня вираженості мовних і немовних порушень.
2. Складання за результатами тестування індивідуальної програми відновного навчання.
3. Проведення у відповідності до складеної програми індивідуальних занять.
4. Проміжне та підсумкове тестування пацієнта з метою визначення ефективності навчання.

Алгоритм ведення хворого з мовними розладами у нейрореабілітації представлено на мал. 2.

На сьогоднішній день викладені основні принципи відновлення мови. Л.С. Цветкова (1985) умовно поділяє їх на 3 групи:

1) Психофізіологічні принципи:

- принцип кваліфікації дефекту на основі ретельного нейропсихологічного аналізу порушень функцій;
- принцип використання збережених аналізаторних систем як опору при навчанні;
- принцип створення нових функціональних систем, які не приймали раніше прямої участі в забезпеченні постраждалої функції;
- при ураженні довільного рівня мови – опора на збережені (автоматизовані) рівні мови;
- опора на збережені психічні функції – уява, мислення;
- принцип контролю або зворотного зв'язку, з метою своєчасного виправлення помилок (магнітофон, дзеркало, коментарі педагога та ін.).

2) Психологічні принципи:

- принцип обліку особистості хворого, мотивів його діяльності;
- принцип опори на збережені форми діяльності;
- принцип опори на предметну діяльність, оскільки психічні процеси формуються в предметній діяльності;
- принцип організації діяльності хворого, створення

індивідуальної програми навчання, забезпечення самостійного виконання хворим домашніх завдань.

3) Психолого-педагогічні принципи:

- принцип від простого до складного;
- дуже поступове збільшення обсягу і малого різноманіття вербального і картинного матеріалу;
- облік об'єктивної і суб'єктивної складності лексики, фонетики;
- створення сприятливого емоційного тла для занять, що стимулює позитивні емоції.

Початку відновної терапії повинні передувати вивчення анамнезу захворювання, ретельний нейропсихологічний аналіз структури розладів мовної та інших вищих коркових функцій, оскільки програми і методи лікування визначаються етапом хвороби, особливостями розладу мови і ступенем їхньої виразності.

Методи мовленнєвої терапії залежать від етапу захворювання і стадії відновлення мовної функції. На ранніх стадіях захворювання, незалежно від клінічної форми афазії, ставиться задача включення мимовільних, автоматизованих рівнів мовної діяльності. Інтенсивність занять залежить від наступних факторів: загальний стан хворого, психологічна налаштованість хворого, ступінь виснаження мовної продукції. На наступних етапах захворювання відновне навчання проводиться з розрахунком на дедалі активнішу, свідоме залучення хворого у відновлювальний процес. Для цього застосовуються перебудовуючі методики з опорою на свідоме засвоєння тих або інших прийомів компенсації дефекту. По скінченню 6 міс після інсульту на резидуальному етапі захворювання мовний синдром у хворого стає досить зрозумілим. До цього часу спонтанно або в результаті відновлювальних занять у хворого відбуваються функціональні, нейродинамічні компоненти, обтяжуючі на ранньому етапі після інсульту або травми картину мовного розладу. Ці функціональні компоненти можуть бути викликані набряком мозку, впливом охоронного гальмування на виниклу травму мозку, впливом нейрохірургічного втручання. Саме цим пояснюється виражена тяжкість мовного порушення в перші дні захворювання.

При важких розладах або при їхньому тотальному характері спочатку корисне залучення хворого в немовні форми діяльності (малюнок, ліплення), при цьому потрібно особливо щадний

психотерапевтичний режим роботи з хворим. Оскільки будь-яка афазія завжди зачіпає всі мовні функції, необхідна комплексна робота над мовленням в цілому з урахуванням специфіки порушення кожної мовної функції при різних формах афазії. При будь-якій формі афазії варто працювати над розумінням мови, над читанням і писанням, над відновленням вільного висловлення і сенсової структури мови, над корекцією граматичного ладу мови. Мовну реабілітацію необхідно починати вже в гострому періоді інсульту, як тільки дозволить загальний стан хворого і стан його свідомості. У зв'язку з великою виснаженістю пацієнтів заняття на перших етапах варто проводити по 10-15 хвилин кілька разів на день. Відновлення мови затягується, як правило, на великі терміни, чим відновлення рухів, іноді на роки. Стійкі порушення мови бувають тим частіше, чим тяжче початкова афазія, особливо при порушенні розуміння мови, або якщо є оральна або артикуляційна апраксія. Можлива спонтанна компенсація мовного дефекту, можливість якої вичерпується протягом перших 6 місяців захворювання. Прогностично найбільш несприятливим фактором для відновлення мови є наявність у гострій стадії інсульту тотальної і грубої сенсомоторної афазії, особливо якщо виражені сенсомоторні порушення зберігаються протягом 3-4 місяців. Прогноз відновлення мови значно краще при травматичних ураженнях мозку.

Методи відновлення мови при дизартріях відрізняються від методів відновного навчання при афазіях, що пояснюється їх клініко-патогенетичними особливостями, і включають:

- 1) масаж (сегментарно-рефлекторний, точковий, рефлексогенних зон кистей, стоп, ушних раковин, волосистої частини голови);
- 2) диференційовану артикуляційну гімнастику при гіпертонусі і гіпотонусі органів артикуляції;
- 3) изотонічні (з елементами опору) вправи для м'язів шиї, губ, язика;
- 4) роботу з подолання гіперсалівації;
- 5) вправи для тренування жувально-артикуляторних м'язів, тренування рухливості м'язів губ та щік, для розвитку міміко-артикуляторних м'язів, для тренування рухливості м'язів язика і м'язів м'якого піднебіння;
- 6) краніопунктуру.

Нами розроблений алгоритм ведення хворого у нейрореабілітації (мал. 2), який включає застосування діагностичних та відновних підходів.

I етап: кваліфікувати мовний дефект

- збір анамнезу
- нейропсихологічний аналіз
- оцінка експресивної, імпресивної мови за допомогою опитувальників мови
- первинний дефект
- період захворювання
- клінічна форма афазії, дизартрії
- тяжкість мовного дефекту
- стадія відновлення мовних функцій

II етап: визначити цілі, шляхи і засоби відновлення

- постановка цілей мовної реабілітації
- вибір методик логотерапії
- комбінація логотерапії та інших методів мовної реабілітації

III етап: обрати інтенсивність занять

- загальний стан хворого
- психологічний настрій хворого
- ступінь виснаження мовної продукції

IV етап: слідувати принципам мовної реабілітації

- ранній початок
- комплексний підхід
- тривалі, систематичні заняття

Мал. 2. Алгоритм ведення хворого з порушенням мови у нейрореабілітації.

Заклучення

Відновлення мови у постінсультних хворих, після травм, нейрохірургічних операцій і повернення хворому можливості мовного спілкування є однією з важливих задач реабілітації. Ефективність методик відновного навчання хворих з постінсультною афазією або дизартрією не доведена в рамках розширених клінічних досліджень. Існують значні розбіжності з приводу ефективності лікування мовних порушень. Результати рандомізованих досліджень, в яких намагалися оцінити роль цієї терапії, розчарували, в основному, через методологічні помилки. Кілька невеликих досліджень показали, що результату можна домогтися як, залучаючи добровольців, що працюють під керівництвом логопеда, так і при прийомі на роботу підготовленого врача-афазіолога. Для виділення ефективних методів потрібні систематизовані огляди і додаткові рандомізовані дослідження. Недавно знову з'явився інтерес до препаратів, які можуть поліпшити мову і прискорити реабілітацію при роботі з афазіологом. Ці роботи засновані на фізіологічних процесах компенсації головного мозку після інсульту з урахуванням процесів нейропластичності. Дослідження тривають і представляють величезну перспективу для клінічної практики.

Незважаючи на те, що є сумніви щодо ефекту мовної терапії при афазії, лише деякі лікарі, самі хворі або їхні родини сумніваються в необхідності участі спеціаліста-афазіолога в лікуванні хворого. Він може оцінити мовні проблеми, поставити точний діагноз, намітити шляхи відновлення, пояснити сформовану ситуацію і хворому, і його родичам. Афазіолог може зробити висновок щодо ймовірного прогнозу, розробити підходи, що дозволяють подолати проблеми спілкування, просто забезпечити психологічну підтримку. Незалежно від того, чи можуть афазіологи впливати на відновлення мови, вони, безсумнівно, можуть допомогти поліпшити спілкування в широкому сенсі цього слову і зменшити стрес, пов'язаний із труднощами спілкування після інсульту. Дизартрія зустрічається рідше у дорослих в практиці нейрореабілітації, однак при даній формі мовних розладів також необхідна тривала корекційна терапія, диференційована у залежності від клінічних форм дизартрій.

Література:

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов. – М.: АСТ: Транзиткнига, 2006. – 384 с.
2. Винарская Е.Н. Дизартрия. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 141 с.
3. Винарская Е.Н. Клинические проблемы афазии. – М. Медицина, 2006. – 144 с.
4. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. – М: Медицина, 2001. – 378 с.
5. Джексон Дж.Х. Избранные работы по афазии. – СПб: Нива, 1996.- 70 с.
6. Зайцев И.С. Афазия. Учебно-методическое пособие. – Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006. – 186 с.
7. Критчли М. Афазиология. – М: Прогресс, 2004. – 231 с.
8. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – СПб.: Питер, 2008. – 624 с.
9. Тонконогий И.М., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. – СПб: Питер, 2005 – 528 с.
10. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М: В.Секачев, 2000. – 96 с.
11. Шкловский В.М. Организация логотерапевтической помощи: В кн. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія. Навчальний посібник / за заг. ред. Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2008. – с. 56-62.
12. Шохор-Троцкая М.К. Коррекция сложных речевых расстройств. — М: Эксмо-Пресс, 2001. – 385 с.
13. Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии: Методические рекомендации. – М., 2002. – 182 с.
14. Berthier M.L. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging* 2005; 22: 2: 163—182.
15. Greener J., Enderby P., Whurr R. Pharmacological treatment for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4: CD000424.
16. Greener J., Enderby P., Whurr R. Speech and language therapy for aphasia following stroke (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.