

exercises, classes in physical education, outdoor games, sports minute, and the time for children's independent motor activity also is set aside.

Physical education for children with hearing impairments are aimed at protecting and promoting the health, harmonious physical development, hardening the child's body, development of needs in motor activity, formation of the basic movements and motor skills, correction and prevention of violations of physical development.

The expediency of the use of gymnastic exercises in therapy with hearing-impaired children, the kinds of gymnastic exercises, which are used in work with hearing-impaired children are justified in the article. The voice and movement exercises, phonetic rhythms are included here.

The role of gymnastic exercises in the processes of correction and prophylaxis of diseases are defined in the text of the publication, and their importance for the process of education and upbringing of this category of children is identified.

Key words: *gymnastic exercises, deaf children, physical development, physical education, correction, compensation, rehabilitation, prevention.*

УДК 616.89-008.434.5:616.831-005.1

О. В. Лянна

Сумський державний педагогічний
університет імені А. С. Макаренка

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРОЯВІВ АФАЗІЇ ПРИ МОЗКОВОМУ ІНСУЛЬТІ

Ефективність реабілітаційних заходів при афазії залежить від розвитку адекватних природі дефекту методів відновного навчання. Створення таких методів можливе за умов їх відповідності сучасним науковим уявленням про патогенез та прояви даного розладу. Мета статті – визначити сучасні теорії щодо патогенезу та проявів афазії, яка виникла внаслідок інсульту головного мозку. У ході дослідження, на основі аналізу останніх наукових публікацій, встановлено основні етапи розвитку вчення про афазію та визначено особливості її протікання при геморагічному та ішемічному інсультах головного мозку.

Ключові слова: *афазія, афазія при мозковому інсульті, патогенез афазії при мозковому інсульті, клінічні прояви афазії при мозковому інсульті.*

Постановка проблеми. Вчення про афазію сформувалося в окрему галузь наукового знання у ХІХ столітті і знаходиться на межі багатьох наук – філософії, психології, фізіології, клінічної неврології, лінгвістики, корекційної педагогіки, що визначило різні підходи і напрями до її вивчення.

Аналіз актуальних досліджень. У різні часи питання афазії в науці вирішувалося відповідно до стану наукових знань і, насамперед, уявлень про вищі психічні функції людини – їх будову та зв'язок з мозком. Початок досліджень мозкової організації мовленнєвої діяльності людини було покладено роботами Брока (1861) і Верніке (1874). Під час своїх досліджень ученим вдалося продемонструвати структурну диференційованість порушень мовлення у випадках локальної патології мозку. Їх відкриття спричинили півстолітні дискусії науковців, що оформились у два основних напрями – локалізаціоністський (Вгоса, 1861;

Wernicke, 1874; Henschen, 1920–1922; Lichtgeim, 1885; Limbmann, 1905, Kleist, 1934 та ін.) і антилокалізаціоністський (Marie, 1906-1926; Head, 1926; Goldstein, 1927, 1948 та ін.). Так перший напрям започаткував вчення про локалізацію функцій мовлення в головному мозку, а другий вказав на важливість діяльності мозку як цілого у складній мовленнєвій функції.

Випереджаючи більш пізні вчення, визначальним для розуміння природи афазії стало зауваження Н. Jackson (1864) про те, що ВПФ, у тому числі й мовленнєва, мають значну протяжність у мозку «по вертикалі», тобто до їх здійснення причетні як елементарні, так і найвищі структури мозку. Учений відмітив, що при осередковому ураженні мозку практично ніколи функція не зникає повністю – мимовільні дії, що мають відношення до цієї функції, як правило, залишаються збереженими. Таким чином, Н. Jackson вдалося створити прорив у науці, підкресливши, що локалізувати ураження, яке призводить до розладу мовлення, і локалізувати функцію мовлення – дві абсолютно різні речі.

З часом накопичений досвід у галузі наслідків локальних уражень мозку став передумовою для виникнення сучасних уявлень про природу афазії. Визначальними стали досягнення І. М. Сеченова, І. П. Павлова, Н. Є. Введенського, А. А. Ухтомського у галузі локалізації вищих психічних функцій. Праці вчених поклали початок системному підходу до аналізу взаємодії нейрофізіологічних процесів і психічних функцій людини. Основні принципи цього підходу – органічна єдність психічного і фізіологічного, первинність фізіологічного по відношенню до психічного – в подальшому отримали свій розвиток у дослідженнях П. К. Анохіна, О. Р. Лурія, Н. А. Бернштейна, Н. П. Бехтеревої, О. С. Адріанова та ін. Не менш важливими стали сформульовані І. П. Павловим і О. О. Ухтомським принцип динамічної локалізації вищих коркових функцій та сформульований І. М. Філімоновим принцип поетапної локалізації функцій, що стали вирішальними в розумінні фізіологічних і патофізіологічних механізмів мовлення. Але, як вказує аналіз літературних джерел, найбільш широке висвітлення з позицій про динамічну і поетапну локалізацію мовленнєвої та інших ВПФ проблема афазії отримала у працях О. Р. Лурія у ракурсі нейропсихології, яка включила в себе багато суміжних галузей наукового знання.

Виділення факторів, що лежать в основі афазії, і їх форм синдромного аналізу дефекту мовлення, висвітлення їх патогенезу, аналіз структури порушення мовленнєвої функції з урахуванням нових уявлень в психології про мовлення і його зв'язках зі всією психічною сферою, розробка і застосування на практиці теоретичного аналізу клінічних факторів – все це ознаменувало новий, науковий підхід до афазичних розладів, основоположником якого став О. Р. Лурія. Такий підхід і на сьогодні залишається найбільш перспективним. Погляди О. Р. Лурія поділяють багато сучасних дослідників (Т. В. Ахутіна, Л. С. Цветкова, Е. С. Бейн,

Ж. М. Глозман, Т. Г. Візель, М. К. Шохор-Троцка та ін.), у тому числі й зарубіжні фахівці (Н. Hécaen, Z. Brain, M. Critihley та ін.).

Згідно теорії вченого, такі функції, як мовлення, різні види гнозису і праксису, мають певну локалізацію в головному мозку, але представлені в низці зон, і здійснюються завдяки їх спільній координованій діяльності. Мовленнєві розлади, викликані афазією, О. Р. Лурія пояснює як порушення аналітико-синтетичної діяльності різних аналізаторів мозкової кори, об'єднаних у складну функціональну систему [5].

Нові уявлення про афазію, що склалися на основі сучасних даних психології, неврології, психолінгвістики та нейропсихології, дали підставу дати їй нове визначення. Афазія – це системне порушення мовлення, яке виникає внаслідок органічних ураженнях мозку, охоплює різні рівні мозкової організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами і призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери людини, порушуючи, насамперед, комунікативну функцію людини. Афазія включає в себе чотири складові – порушення власне мовлення і вербального спілкування, порушення інших психічних процесів, зміну особистості й особистісну реакцію на хворобу [8].

Для диференціальної діагностики у визначенні афазії R. Charpey та G. A. Davis виділили значимі ключові моменти:

– Афазія – нейрогенний розлад, який завжди є результатом тієї чи іншої форми ушкодження головного мозку.

– Афазія – придбаний розлад, який характеризується повною або частковою втратою функції вже сформованого мовлення. Термін «дитяча афазія» відноситься до проблеми порушення вже сформованого мовлення в дітей.

– Афазія включає розлади різних мовленнєвих рівнів: усного мовлення, розуміння зверненої мови, читання та письма. У більшості випадків відбувається порушення (хоча й нерівномірне) у всіх чотирьох мовних модальностях.

– Афазія – це не розлад органів чуття або інтелекту. Крім того, афазія не є результатом психічного розладу. Такі виключні характеристики визначення афазії вкрай важливі для орієнтації в широкому спектрі інших когнітивних розладів [10; 11].

Низка авторів наголошують, що центральним дефектом при всіх формах афазії є порушення комунікативної функції мовлення, у складних випадках таке порушення призводить до повної нездатності хворих до вербальної форми спілкування. Це порушення виявляється в дефектах не тільки зовнішніх форм комунікації, а й у внутрішніх – порушується спілкування людини з самим собою. При афазії у хворого порушуються розуміння мовлення, називання, повторення, самостійні мовленнєві висловлювання, вимова, читання, письмо й рахункові операції. Афазія поєднується з агнозіями, апраксіями та іншими порушеннями вищих

кіркових функцій [2; 8]. Дослідження вчених показали, що при афазії змінюється соціальний і сімейний статус хворого, його ставлення як до своєї особистості, так і до навколишньої дійсності [9].

В основі афазії лежить та чи інша первинно порушена нейрофізіологічна і нейропсихологічна передумова. Це може бути порушення динамічного або конструктивного праксису, фонематичного слуху, апраксія апарату артикуляції тощо. Передумова призводить до специфічного системного порушення реалізації різних рівнів, сторін, видів мовленнєвої діяльності: розуміння мовлення, мовленнєвої пам'яті, усного мовлення, письмового мовлення, читання, рахування тощо [5; 8].

Різноманіття синдромів, представлених у літературі, зробило афазію одним із порушень мовлення, яке найбільш класифікується. У даний час єдина класифікація відсутня, оскільки класифікаційні системи таких розладів у вітчизняній і зарубіжній афазіології істотно різняться (D. F. Venson, О. Р. Лурія, Л. С. Цветкова, М. К. Шохор-Троцька, Е. Н. Вінарська, А. В. Астаф'єва). Найбільш поширеною серед них є нейропсихологічна класифікація О. Р. Лурія. Спираючись на принцип вичленення механізму, що лежить в основі порушення функціональної системи, що забезпечує мовлення, і синдромний аналіз порушення мовленнєвої функції вчений виділив сім форм афазії, об'єднаних у 2 групи: I – сенсорні афазії: сенсорна (акустико-гностична), акустико-мнестична, оптико-мнестична, афферентно-моторна, семантична; II – моторні афазії: еферентно-моторна; динамічна.

Усі форми афазії виникають унаслідок ураження мовленнєвих зон лівої домінантної по мовленню (у правшів) півкулі мозку. До передньої мовленнєвої зони належить: задня третина нижньої лобної звивини (44 поле – зона Брока) та відділи, що знаходяться в передній премоторній зоні, і лобові частки. До задньої мовленнєвої зони відносяться: нижні тім'яні відділи, скронева область, передні потиличні відділи кори головного мозку лівої півкулі.

Афазія виникає у зв'язку з різними етіологічними факторами – травмами головного мозку, запальними процесами, пухлинами, судинними захворюваннями тощо, проте в абсолютній більшості випадків причиною виникнення синдрому афазії є інсульт головного мозку, зважаючи на високу розповсюдженість і зростання кількості цього захворювання. Згідно світової статистики, на сьогодні відмічається стрімка тенденція до збільшення числа хворих з інсультом, а також до їх «омолодження». За даними офіційної статистики МОЗ України, щорічно фіксується понад 111 тис. нових випадків інсульту, третина з них – у людей працездатного віку. У результаті порушення мовлення і розладів рухової сфери хворі переводяться на інвалідність I і II групи без права працювати. При цьому найважливішим чинником при визначенні ступеня інвалідності

є саме порушення мовлення. Дослідженнями вітчизняних і зарубіжних учених встановлено, що афазія виявляється у 28–40 % пацієнтів, які перенесли інсульт (А. С. Кадиков, Є. В. Шмідт, Ю. Я. Варакін, А. Versano, M. L. Berthier, S. Tsouli) та значно ускладнює процес реабілітації.

Як зазначають Л. Г. Столярова, Л. С. Цветкова, О. Н. Вінарська, M. Critchley, M. N. Hegde, різні патологічні процеси, наслідком яких стала афазія, неминуче накладають відбиток на її характер, виникнення і зворотній розвиток, що необхідно враховувати при аналізі афатичних розладів. Кожен етіологічний фактор має свої особливості розвитку, і синдром, викликаний тим чи іншим фактором, може бути різним у різних стадіях перебігу основного захворювання.

У літературі, присвяченій складним мовленнєвим розладам, достатнє місце належить дослідженням афазії, що виникла внаслідок порушень мозкового кровообігу. Ще з часів перших досліджень, проведених Broca і Wernike, учені більшою мірою володіли випадками афазії судинного походження. До сучасних досліджень відносяться праці І. М. Тонконового, К. А. Народової, О. П. Пурцхванідзе, О. С. Берднікович, Ю. Б. Мещерякової, Р. В. Данько, О. Д. Ларіної, А. В. Цветкова та ін. Вагомий внесок у розвиток учення про афазію судинного генезу зробили О. Р. Лурія, Е. С. Бейн, П. А. Овчарова, Л. С. Цветкова, М. К. Бурлакова, Т. Г. Візель, В. М. Коган, В. В. Опель, Л. Г. Столярова та ін. Продовжують свої дослідження Т. В. Ахутіна, Т. Г. Візель, І. С. Зайцев, Л. С. Цветкова, А. В. Цветков та ін. Проведено вивчення більшості питань афазії – класифікації, патофізіологічних механізмів, клініко-психологічного аналізу різних форм афазії, локалізації патологічного вогнища при тій чи іншій формі розладів. Проте, незважаючи на велику поширеність, накопичений досвід і тривале вивчення, багато аспектів синдрому афазії при інсульті головного мозку досі залишаються предметом жвавої дискусії.

Однією з перших робіт, у якій робиться спроба опису своєрідності афазичних синдромів залежно від особливостей мозкового інсульту, стала робота Foix і Levy (1927). У 1958 р. була зроблена спроба виділення синдромів мовленнєвої патології у зв'язку з ураженням тієї чи іншої судинної ділянки, дослідження провела Н. А. Кришова. Рік по тому в дослідженнях І. М. Тонконового були проаналізовані особливості клініки афазії при судинних захворюваннях головного мозку. Автор зазначає, що розлади моторного мовлення більш часто зустрічаються при судинних захворюваннях, у той час коли динамічна афазія більш часто спостерігається при травмах. Значимим став висновок вченого про те, що афазичні синдроми, незалежно від локалізації вогнищ, що їх викликали, включають низку схожих загальноафазичних симптомів, різні поєднання яких характерні для моторної, сенсорної та змішаної афазій.

Вивчаючи етіологічні фактори післяінсультної афазії Л. Г. Столярова (1990), М. N. Hegde, D. Freed (2011) та I. Papathanasiou (2013) зі співавторами відзначили, що ішемічні інсульти призводять до розвитку афазії удвічі частіше, ніж геморагічні, і тяжкість мовленнєвих порушень під час перших значно вища. Відносну рідкість афазії у відновлювальному і резидуальному періодах геморагічного інсульту А. І. Зозуля та І. В. Кіт (2014) пояснюють високим ступенем летальності результатів захворювання і тим, що лише в частини потерпілих крововилив відбувається в ліву півкулю головного мозку. Л. Г. Столярова зазначає, що для афазії, яка виникла внаслідок геморагічного інсульту, типовими є змішаний характер мовленнєвих розладів, швидкий темп і значний ступінь відновлення мовлення часто без застосування логопедичного навчання. При ішемічному інсульті афазичний синдром і його зворотній розвиток залежать від ступеня ураження судинної системи і характеру цього ураження (тромбоз, стеноз або звивистість) [7].

Дослідженням динаміки афазії при мозкових інсультах займалися Е. С. Бейн, Е. Д. Маркова, П. А. Овчарова, Л. Г. Столярова, Ю. Я. Варакін та ін., за період останніх років – К. А. Народова, О. П. Пурцхванідзе, О. С. Берднікович, Ю. Б. Мещерякова I. Papathanasiou, R. Bleser та ін.

Е. С. Бейн, П. А. Овчарова (2012), Р. В. Данько (2007), I. Papathanasiou, R. Bleser (2013) зазначають, що характер афазії та її динаміка визначаються не лише видом інсульту, але і, в першу чергу, особливостями клініки гострого періоду захворювання, яка залежить від характеру процесу, розмірів вогнища, появи нових крововиливів, стану колатерального кровообігу тощо.

За дослідженнями О. С. Берднікович (2013), ступінь виразності мовленнєвих порушень як у гострому, так і в ранньому відновлювальному періодах залежить від збереження гностичних базових функцій мозку. У ході проведення досліджень ученим експериментально встановлено, що тотальна афазія в гострому періоді інсульту частіше спостерігалася у хворих із середнім і великим корковим і корково-підкорковим вогнищами ураження. В обстежуваних із сенсомоторною афазією діагностуються вогнища з корковою і підкорковою локалізацією переважно середніх і малих розмірів. О. С. Берднікович указує, що відновлення мовленнєвої функції у хворих з корковими вогнищами ураження протікає більш сприятливо порівняно з випадками глибинних підкіркових уражень.

За результатами своїх досліджень Е. С. Бейн і П. А. Овчарова (2012) відзначають, що на першому етапі судинної катастрофи вибірковість порушень мовленнєвої функції нестійка, тому важко судити про форму афазії. У перші дні після інсульту переважають порушення експресивної або імпресивної сторони мовлення, а в більш важких випадках виникає тотальна афазія [2].

Деякі автори, вивчаючи прояви й динаміку афазії, вказують на те, що крім так званих чистих форм афазії при мозкових інсультах відзначається велика кількість змішаних і комплексних мовленнєвих розладів (Ю. Я. Варакин, М. Р. Лубенская, 1985). Найбільш важкими є тотальна і сенсомоторна афазії, які феноменологічно близькі й розрізняються лише за виразністю мовленнєвих порушень. Груба сенсомоторна афазія за своїми проявами наближена до тотальної, і їх кордони не є чітко визначеними. Проведене дослідження Л. Г. Столяровою (1974) показало, що один і той самий осередок ураження в мозку, що виник унаслідок мозкового інсульту, на різних етапах хвороби може бути причиною різних форм мовленнєвого розладу і тому нерідко так звані класичні афазії при мозковому інсульті є етапом зворотного розвитку більш грубих афазичних синдромів тотальної або грубої коркової моторної афазії. Однак, безсумнівно, як зазначає Л. Г. Столярова, є випадки, коли класичні форми афазії виникають як такі з самого початку захворювання і не змінюють свого характеру протягом усього періоду відновлення [7].

За спостереженнями К. А. Народнової (2014), у гострому періоді ішемічного інсульту при наявності змішаних і моторних афазій у хворих руйнується структура внутрішнього мовлення. При логопедичній оцінці позитивна динаміка в гострому періоді спостерігалася майже в усіх хворих з моторною афазією, у третини даних випадків афазія з важкого ступеня переходить у середній ступінь із регресом тяжкості. Дослідником відзначено, що нормалізація стану внутрішнього мовлення корелює з регресом клінічних проявів афазії.

Як зазначає О. П. Пурцхванідзе (2011), клінічні прояви різних видів афазії залежать від пошкодження механізмів управління мовленням. Відмінні особливості афазії в гострому періоді інсульту, у вигляді «розмитості» структури мовленнєвого дефекту, вчена пов'язує з впливом діашизу і нейродинамічних порушень, що супроводжують судинну катастрофу. Е. С. Бердникович (2013) відзначила, що в ініціальной стадії інсульту найбільш вираженими є розлади розуміння зверненого мовлення, порушення комунікативної функції, а також орально-артикуляційна апраксія.

Дані, отримані в ході досліджень Р. В. Данько (2007), також указують на те, що у структурі афатичних синдромів як після ішемічного, так і після геморагічного інсультів переважають форми афазії з порушенням експресивної сторони мовлення – аферентна моторна, моторна й тотальна афазії. Серед наслідків геморагічного інсульту не спостерігаються амнестичні та змішані системні порушення мовленнєвої функції. За даними спостережень ученого, ступінь тяжкості афазії більш виражена після перенесеного ішемічного інсульту – майже у третини хворих. Після перенесеного геморагічного інсульту переважає легкий ступінь тяжкості афазії – майже в половини випадків. Окрім того, Р. В. Данько відзначає, що у

хворих з аферентною та сенсорною афазіями відмічаються кращі вихідні функціональні можливості.

Висновки. Роблячи підсумок нашого дослідження, можна зазначити, що уявлення про афазію істотно змінилися завдяки дослідженням відомих неврологів, нейрофізіологів та нейропсихологів ХХ ст. Сучасний період вивчення афазії набуває все більшої самостійності, тому деякі вчені виділяють його в самостійну галузь знань – афазіологію. Тенденція до зростання кількості хворих з інсультом робить питання афазії і відновного навчання актуальним і привертає увагу різних спеціалістів. Це дає змогу розвивати наукові погляди й досліджувати проблему в різних спектрах її вивчення.

Доведено, що афазичний синдром має різний характер і різний зворотний розвиток залежно від того, чи викликаний він крововиливом у мозок, чи стався унаслідок розвитку вогнища розм'якшення. Прогноз відновлення мовленнєвої функції при афазії залежить від виду інсульту, розмірів і локалізації вогнища ураження домінантної півкулі та стану кровопостачання головного мозку в цілому. Новітні наукові відкриття, дослідження та розробки в області афазій при мозковому інсульті роблять внесок у розвиток раціональних методів відновного навчання, що дозволяє повернути або наблизити постраждалих до звичних форм життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Астафьева А. В. Нейропсихологическая характеристика нарушений речи при острых нарушениях мозгового кровообращения и проблемы их классификации в отечественной и зарубежной литературе / А. В. Астафьева, Н. В. Епанешникова // Вестник ЮУрГУ. – 2012. – № 6. – С. 73–79.
2. Бейн Э. С. Клиника и лечение афазий / Э. С. Бейн, П. А. Овчарова. – М. : Книга по требованию, 2012. – 208 с.
3. Боровик С. П. Борьба с инсультом и сосудисто-мозговыми заболеваниями: проблемы, решения, перспективы / С. П. Боровик // Український медичний часопис. – 2014. – № 6 (104). – С. 24–27.
4. Винарская Е. Н. Клинические проблемы афазии / Е. Н. Винарская. – М. : Сфера, 2007. – 222 с.
5. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия – М. : Академический Проект, 2000. – 512 с.
6. Пурцхванидзе О. П. Особенности нарушения речевой и других ВПФ у больных с афазией / О. П. Пурцхванидзе // Логопедия сегодня. – М., – 2011. – № 3. – С. 35–45.
7. Столярова Л. Г. Особенности нарушения речи у больных с мозговым инсультом и некоторые прогностические факторы ее восстановления / Л. Г. Столярова // Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте. – 1990. – Т. 126. – С. 95–98.
8. Цветкова Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения / Л. С. Цветкова. – М. : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2010. – 744 с.
9. Шохор-Троцкая М. К. Речь и афазия / М. К. Шохор-Троцкая. – М. : Эксмо-Пресс, 2001. – 416 с.
10. Chapey R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders / R. Chapey. – Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. – 1091 p.

11. Davis G. A. Aphasia and Related Cognitive-Communicative Disorders / G. A. Davis. – N. Y. : Pearson Education, 2014. – 432 p.

РЕЗЮМЕ

Лянная О. В. Современные представления о патогенезе и проявлениях афазии при мозговом инсульте.

Эффективность реабилитационных мероприятий при афазии зависит от развития адекватных природе дефекта методов восстановительного обучения. Создание таких методов возможно при условии их соответствия современным научным представлениям о патогенезе и проявлениях данного расстройства. Цель статьи – определить современные теории относительно патогенеза и проявлений афазии, которая возникла вследствие инсульта головного мозга. В ходе исследования, на основе анализа последних научных публикаций, установлено, что основные этапы развития учения о афазии, определены особенности патогенеза и протекания при геморрагическом и ишемическом инсультах головного мозга.

Ключевые слова: афазия, афазия при мозговом инсульте, патогенез афазии, проявления афазии при мозговом инсульте.

SUMMARY

Lianna O. Contemporary Theories in Pathogenesis and Occurrences of a Post-Stroke Aphasia.

The effectiveness of the recovery measures during aphasia depends on the development of adequate methods of the rehabilitation process which corresponds to the nature of the defect.

The creation of such methods will be possible given the condition that they will correspond to the modern scientific conceptions regarding the pathogenesis and occurrence of this disorder.

The aim of this article is to determine the contemporary theories in pathogenesis and occurrence of aphasia following a stroke of the brain.

Analyzing recent scientific publications it was identified that at different stages the theories of aphasia corresponded to the level of scientific knowledge and primarily to the understanding of the higher mental functions in human beings. A prerequisite for the modern conceptions of the nature of aphasia was the accumulated experience in the field of the consequences after the local injuries of the brain. As early as the first observations of aphasia the scientists held the cases of the vascular genesis of this disorder.

The modern conceptions on aphasia became a foundation of its new definition and distinguished the key issues for differential diagnostics. Up to date the major studies were made on aphasia following a stroke of the brain. However, regardless the great number of researches, the accumulated experience and long-standing observations some aspects are open for discussions.

Contemporary researches point out that the language disturbances in post-stroke aphasias are diverse and different in its manifestation. The ischemic strokes account for the aphasia as twice as the hemorrhage strokes. The severity of speech impairments is considerably higher in the ischemic stroke. The nature of aphasia and its development are indentified not just by the type of stroke but also and primarily by the clinical features in acute period of the illness, which depend on the nature of process, size of lesion, occurrence of new hemorrhages, the state of collateral blood circulation and so on. Besides, the co-called “pure” forms during brain strokes there are numerous cases of mixed and complex language disorders. These issues are important and crucial for making prognosis of the recovery of speech function and the development of effective procedures of rehabilitation learning process in these patients.

Key words: aphasia, post-stroke aphasia, pathogenesis of aphasia, occurrence of aphasia after stroke of the brain