

Юлия Юрьевна Рудомётова^{1,2}✉
Елена Сергеевна Корецкая^{1,3,4}✉
Мария Геннадиевна Хлюстова^{3,5}✉

Yuliya Yu. Rudometova^{1,2}✉
Elena S. Koretskaya^{1,3,4}✉
Mariya G. Khlyustova^{3,5}✉

**ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ
ПОДХОД
В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ
РАБОТЕ ПРИ АФАЗИИ
И ДИСФАГИИ В РАННЕМ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ
ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА**

**PERSON-CENTERED
APPROACH IN LOGOPEDIC
SUPPORT FOR PATIENTS
WITH APHASIA
AND DYSPHAGIA DURING
THE EARLY REHABILITATION
PERIOD AFTER STROKE**

¹ Московский педагогический государственный университет, Москва, Россия

² Городская клиническая больница имени И. В. Давыдовского Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, yuliayurievna@mail.ru

³ Федеральный центр мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Россия

⁴ i@elenakor.ru

⁵ khlyustova.maria@mail.ru

Аннотация. Одна из актуальных и сложных проблем современной логопедии — осуществление персонифицированного подхода в организации логопедических занятий у пациентов раннего восстановительного периода инсульта. Острый инсульт сопровождается двигательным дефицитом, нарушениями высших психических функций, в том числе речи, а также затруднениями глотания. Актуальность изучения расстройств речи и глотания у лиц с последствиями острого инсульта (ОИ) обусловлена недостаточностью исследований данной группы больных, многие из которых

¹ Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia

² City Clinical Hospital named after I.V. Davydovskiy of Health Department of Moscow, Moscow, Russia, yuliayurievna@mail.ru

³ Federal Center for Brain and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

⁴ i@elenakor.ru

⁵ khlyustova.maria@mail.ru

Abstract. The implementation of a person-centered approach in the organization of logopedic classes for patients during the early period of rehabilitation after stroke is one of the urgent and complex issues of modern logopedics. Acute stroke is usually accompanied by motor deficiency, disorders of higher mental functions, including speech, as well as difficulty swallowing. The urgency of studying speech and swallowing disorders in people with the effects of acute stroke can be attributed to the insufficient study of this group of patients, many of whom are of working age at the time of the disease. Swallow-

на момент заболевания находятся в трудоспособном возрасте. Нарушения глотания опасны не только потерей веса, недоеданием и обезвоживанием, но и высокими рисками развития аспирационной пневмонии и смерти. Цель публикации — провести анализ отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме восстановительного обучения пациентов с выявленной симптоматикой афазии и дисфагии в остром периоде инсульта. В работе использовались теоретические методы исследования. В статье рассматривается понятие «персонифицированный подход» как способ организации восстановительного обучения за счет опоры на преморбидные психические и речевые автоматизмы и стереотипы, привычную коммуникацию, учет дидактических принципов обучения. Особое внимание уделяется описанию речевого сопровождения пациентов с дисфагией с использованием гастрономической (глуттонической) лексики, так как лингвистические знаки, связанные с ней, накапливаются всю жизнь и хранятся в сознании в виде ритуалов, правил поведения и привычных меню и вкусовых предпочтений. Применение персонифицированного подхода для определения целей, задач и методов педагогической реабилитации позволяет сократить сроки пребывания в стационаре, снизить или минимизировать нарушения речи и глотания, а также способствует улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: логопедия, персонифицированный подход, логопедическая работа, афазия, дисфагия, восстановление речи, инсульт, глуттоническая лексика.

ing disorders are dangerous not only because of weight loss, malnutrition and dehydration, but also in connection with high risks of aspiration pneumonia and death. The aim of this publication is to analyze domestic and foreign literature sources on the problem of rehabilitative education of patients with identified symptoms of aphasia and dysphagia in the acute period of stroke. Theoretical research methods were used in the work. The article discusses the concept of “person-centered approach” as a way of organizing rehabilitative training via relying on premorbid mental and speech automatisms and stereotypes, habitual communication, and observation of didactic principles of learning. Particular attention is paid to the description of speech support for patients with dysphagia using gastronomic (gluttonic) vocabulary, since the linguistic signs associated with it are accumulated throughout life and stored in consciousness in the form of rituals, rules of behavior and habitual menus and taste preferences. The use of the person-centered approach to determine the goals, objectives and methods of pedagogical rehabilitation makes it possible to reduce the length of hospital stay, reduce or minimize speech and swallowing disorders, and also contributes to improving the quality of life of the patients.

Keywords: logopedics, person-centered approach, logopedic support, aphasia, dysphagia, speech rehabilitation, stroke, gluttonic vocabulary.

Информация об авторах: Рудомётова Юлия Юрьевна, логопед, аспирант кафедры логопедии, ФГБОУ ВО «МПГУ»; место работы: ГБУЗ «Городская клиническая больница им. И. В. Давыдовского Департамента здравоохранения города Москвы»; адрес: 109240, Россия, г. Москва, ул. Яузская дом 11/4, каб. 302.

Корецкая Елена Сергеевна, логопед, аспирант кафедры логопедии, ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»; место работы: ФГБУ «ФЦМиН ФМБА России»; адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1, стр. 10.

Хлюстова Мария Геннадиевна, логопед; место работы: ФГБУ «ФЦМиН ФМБА России»; адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1, стр. 10.

Для цитирования: Рудомётова, Ю. Ю. Персонализированный подход в логопедической работе при афазии и дисфагии в раннем восстановительном периоде инсульта / Ю. Ю. Рудомётова, Е. С. Корецкая, М. Г. Хлюстова. — Текст : непосредственный // Специальное образование. — 2023. — № 2 (70). — С. 65-78.

Инсульт — один из видов сосудистой патологии мозга, приводящий к тяжелому неврологическому дефициту, при котором страдает двигательная функция, нарушается речь и глотание. Острый период инсульта может сопровождаться снижением сознания и уровня бодрствования, фрагментарностью восприятия действительности, минимальным осознанием себя и своего состояния, дезориентацией, заторможенностью или, наоборот, расторможенно-

Author's information: Rudometova Yuliya Yur'evna, Speech Therapist, Post-Graduate Student of Department of Speech Therapy, Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia; State Budgetary Healthcare Institution I. V. Davydovsky City Clinical Hospital of the Moscow Department, Moscow, Russia.

Koretskaya Elena Sergeevna, Speech Therapist, Post-Graduate Student of Department of Speech Therapy, Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia; Federal Center for Brain and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia.

Khlyustova Mariya Gennadievna, Speech Therapist; Federal Center for Brain and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia.

For citation: Rudometova, Yu. Yu., Koretskaya, E. S., & Khlyustova, M. G. (2023). Person-centered Approach in Logopedic Support for Patients with Aphasia and Dysphagia during the Early Rehabilitation Period after Stroke. *Special Education*, 2(70), pp. 65-78. (In Russ.)

стью, выраженным нарушением фоновых компонентов психической деятельности. Логопедическая помощь людям, перенесшим инсульт, начинается с момента стабилизации их состояния в отделении нейрореанимации и продолжается до момента выписки, т. е. длится непрерывно весь ранний период реабилитации [14].

Логопеды в составе мультидисциплинарной команды (с инструкторами лечебной физкультуры, физиотерапевтами, психо-

логами, эрготерапевтами) участвуют в реабилитационных занятиях для обеспечения оптимального качества жизни и минимизации инвалидности. В компетенции логопеда входят обследование речи, голоса и глотания, определение целей и задач педагогической реабилитации, отражение динамики в медицинской документации и рекомендации по дальнейшей маршрутизации пациента для продолжения нейрореабилитации.

По мнению большинства исследователей, **глотание** — сложно координированный двигательный и поведенческий акт, который делится на четыре взаимосвязанные фазы: оральную подготовительную (произвольную), оральную двигательную (произвольную), глоточную (произвольно-непроизвольную) и пищеводную (непроизвольную) и имеет четкую иерархическую систему регуляции. Представление о корковых отделах как высшем регуляторном звене глотания описано еще в работах физиологов XIX в. В статье В. М. Бехтерева «О влиянии коры большого мозга на акт глотания и на дыхание» говорится о возникновении глотательных движений при раздражении зрительного бугра [4]. Высшим регуляторным звеном глотания являются корковые зоны (И. А. Авдюнина, С. С. Петриков, А. А. Солодов и др.) [1;

13]. Нарушения глотания (дисфагия), связанные с инсультом, могут включать различную симптоматику: снижение или отсутствие небно-глоточных рефлексов, задержка инициации глотательных движений, снижение чувствительности ротоглотки, увеличение времени прохождения пищевого комка изо рта через глотку, нарушение подвижности мышц ротовой полости и ротоглотки (Robbins & Levine, 1988; Johnson, McKenzie, Rosenquist, Lieberman, 1992; Logemann, 1998; Miller & Chang, 1999) [16; 22; 23].

Известно, что характер нарушений речи при инсульте зависит от локализации поражения головного мозга, от особенностей патофизиологических процессов в головном мозге. Наиболее распространенными речевыми нарушениями после инсульта являются афазии и дизартрии. В проспективном исследовании К. Л. Стипанчиц (K. L. Stipancic, 2019) отмечается, что среди 151 пациентов из группы исследования дисфагия выявлена у 23 %, на дизартрию и афазию пришлось соответственно 44 % и 23 % пациентов [26]. Л. Хизер (L. Heather, 2013) на основе анализа данных 250 пациентов с острым ишемическим инсультом отмечает, что частота дисфагии, дизартрии и афазии составили 44 %, 42 % и 30 %, 10 % из всех пациентов имели все три нарушения [17].

В остром периоде инсульта дисфагии встречается более чем в 50 % случаев [18]. Нарушение чаще выявляется при поражениях левого полушария, а у пациентов с инсультом ствола мозга, заднего кровообращения или с двусторонним поражением риски аспирации намного выше [25]. Префронтальные области коры левого полушария головного мозга непосредственно влияют на состояние и возможность глотания, нарушая инициацию глотательных движений, снижая рефлекс гортаноглотки, увеличивая риски аспирации, так как при поражении этих отделов возникают нарушения произвольной регуляции по типу аспонтанности, инактивности, системных персевераций, эхопраксий. Поражение субкортикально-стволовых структур головного мозга проявляется в виде недостаточности нейродинамических процессов психической деятельности и также может значительно осложнять произвольную функцию жевания и глотания.

Данные о латерализации коркового представительства функции глотания неоднозначны, дисфагия у пациентов с полушарным инсультом возникает в случае поражения доминантного для функции глотания полушария. В современных исследованиях отмечается, что для нормального глотания необходимы

сохранность ствола мозга и нижней прецентральной извилины, однако данные нейровизуализации показывают, что функциональные нарушения лобных, префронтальных, премоторных, теменных и теменно-височно-затылочных отделов коры обоих полушарий головного мозга могут вызывать симптомы дисфагии [27]. В исследованиях, которые проводили Дж. Роббинс и соавторы (J. Robbins et al., 1988, 1993), С. Дэниелс и соавторы (S. Daniels et al., 2006), указывается не только что нарушения ротовой фазы глотания связаны с поражением левого полушария, но и что нарушение глоточной фазы глотания коррелирует с поражением правого полушария [16; 22; 23]. М. Керн (M. Kern, 2001) полагал, что произвольное глотание связано с активацией правого полушария, а рефлекторное — с активацией левого полушария [20]. В аналитическом обзоре от Шахин Хэмди (Shaheen Hamdy, 2006) о роли коры головного мозга в глотании подчеркивается, что, по-видимому, нет существенной корреляции между поражением какого-то конкретного полушария и дисфагией, из чего можно сделать предположение, что контроль за глотанием является достаточно сложным. Данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) показывают, что ишемические поражения в

бассейне левой средней мозговой артерии вызывают нарушение оральной фазы, недостаточность координации движений губ, языка, нижней челюсти, апраксию и увеличение времени фарингеального транзита. Повреждение правого полушария значительно влияет на все аспекты глотания, включая продолжительность глоточной фазы, увеличивает риски аспирации [25]. Цукаса Сaito (Tsukasa Saito, 2016) в ретроспективном анализе 20 случаев дисфагии после первого ишемического инсульта у пациентки правой без нарушения глотания в анамнезе связывал нарушение инициации глотания и задержку в оральной фазе с поражением левой первичной моторной коры, которая вызывает некоторые виды апраксии, в том числе орально-артикуляционную апраксию, и с обширным поражением лобной доли, особенно средней лобной извилины, участвующей в высших когнитивных процессах [24]. В исследовании 2017 г. (один из участников — Сол Ян, Sol Jang) была проанализирована связь локализации поражения головного мозга с типом хронической дисфагии у 82 пациентов с внутримозговым кровоизлиянием, которым было проведено видеофлюороскопическое исследование глотания через 6 месяцев после первого инсульта. Полученные результаты подтверждали,

что задержка времени орального транзита связана с поражением левого полушария нижней лобной доли и прецентральной извилины, задержка или увеличение времени фарингеального транзита — с поражением базальных ганглиев и части правой внутренней капсулы, аспирация — с поражением скорлупы в правом полушарии [19]. Шахин Хэмди (Shaheen Hamdy, 2006) полагал, что пациенты с геморрагическим инсультом чаще испытывают проблемы с глотанием, чем лица с ишемическим инсультом, объемность поражения увеличивает вероятность нарушений глотания.

Традиционно логопедическое обследование проводится в первые сутки с момента поступления пациента в отделение нейрореанимации и представляет собой качественно-количественную оценку речи, голоса, праксиса, речевого мышления и глотания. Диагностика осуществляется с использованием шкал, соответствующих клиническим рекомендациям, таких как шкала оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга (Л. И. Вассерман и др.), количественная оценка речи (Л. С. Цветкова, Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева), шкала оценки дизартрии, шкала оценки глотания объемной вязкости (V-VST) и модифицированный тест оценки глотания (Modified MANN As-

essment of Swallowing Ability) и оценки по Международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [2; 5]. Обязательно отображают нейродинамические характеристики психической деятельности (сознание, ориентировка в месте, времени, собственной личности; критика к своему состоянию и продуктам своей деятельности; особенности эмоциональной сферы; психическая активность; внимание; поведение в ситуации обследования; утомляемость), а также учитывают преморбидный статус, родной язык, владение иностранными языками, что в значительной степени помогает выстроить структуру занятий и лексику, используемую на них.

Клиническая картина афазий разнообразна и неоднородна. При афазиях проявляются системные нарушения речевой функции, охватывающие все языковые уровни, связанные с фонологией, включая фонетику, лексику и грамматику. Различия между ними обусловлены прежде всего локализацией очага поражения. Динамическая афазия может возникнуть при поражении задне-лобных областей коры левого полушария и проявляется речевой аспонтанностью, инактивностью, нарушением функции речевого программирования или дисфункцией грамматического струк-

турирования. Монологическая речь состоит в основном из перечисления предметов и фрагментов фраз. Развернутая фразовая речь грубо нарушена. Эфферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов премоторной зоны и проявляется патологической инертностью артикуляторных актов, персеверациями, застреванием на отдельных фрагментах высказывания, нарушениями письменной речи. При грубой степени выраженности связное высказывание становится недоступным, отмечается выраженный предикативный дефицит. Афферентная моторная афазия появляется при поражении нижнетеменной области коры левого полушария и проявляется нарушением кинестетической афферентации произвольных оральных движений и отдельных артикулем. При грубой форме афазии возможно полное отсутствие вербальной коммуникации [8].

При поражении задней трети верхней височной извилины коры левого полушария возникает сенсорная афазия, где в качестве первичного дефекта возникает речевая слуховая агнозия, нарушающая способность дифференцировать фонемы, что приводит к нарушению понимания речи, возникновению «логореи» — избыточной речевой продукции, вербальных и литеральных пара-

фазий, отчуждению смысла слова. Нарушается парадигматическая структура языка, при этом синтагматическая и интонационная организация речи практически сохранна [8].

Поражение средне- и задневисочных областей коры левого полушария приводит к возникновению акустико-мнестической афазии, которая характеризуется нарушениями способности к удержанию в памяти воспринятой информации на слух, сужением объема запоминания. В спонтанной речи отмечаются поиски слов, вербальные парафазии [8].

При патологии теменно-затылочных отделов коры левого полушария возникает семантическая афазия, которая проявляется неспособностью понимать сложные логико-грамматические обороты речи (парадигматическая организация семантических систем), является одним из видов нарушения пространственного гнозиса [6; 15]. Лица с семантической афазией компенсируют этот недостаток через сохранную синтагматическую организацию речи.

При расстройствах в теменно-височно-затылочных областях коры левого полушария может возникнуть амнестическая афазия, которая проявляется в неспособности запоминания слов, воспринимаемых на слух, и недоступности соотнесения зрительного образа предмета с его названием [6;

9]. Дефицитарность регуляторно-динамических процессов психической деятельности у пациентов с афазией напрямую отражается на успешности речевой продукции. Нарушения произвольной регуляции проявляются в виде аспонтанности, инактивности, системных персевераций, эхопраксий, снижения функции произвольного внимания [6; 15]. Таким образом, клиническое логопедическое обследование позволяет объективно оценить состояние речи, голоса и глотания.

Симптомы дисфагии могут отмечаться у пациентов с любой афазией. Исследований, посвященных проблеме описания сочетания дисфагии и афазии, зависимости локализации и симптомов нарушений глотания, недостаточно.

Анализ литературы показывает, что логопедические занятия начинаются с первых дней пребывания пациента в реанимации после стабилизации состояния с учетом форм афазии, дизартрии и дисфагии. Успешность восстановительной работы зависит не только от степени владения логопедом различными педагогическими подходами и технологиями, но и от способности взаимодействовать с участниками коррекционного процесса. Логопедическая работа основывается на общедидактических принципах: последовательности, систематичности, активности, сознательно-

сти, мотивированности, учитывает личностные особенности пациентов [12]. Общедидактические принципы можно назвать ориентирами, координирующими весь образовательный процесс, и средством достижения педагогических целей. При выборе методик необходимо учитывать, что приходится иметь дело с тем или другим видом распада уже сложившихся коммуникативных функций, учитывать вкусовые и гастрономические привычки пациентов. Это обуславливает специфику и особенности компенсаторных механизмов.

Установлено, что лингвистическое и экстралингвистическое сопровождение пациентов с нарушениями речи помогает улучшить выполнение инструкций, в том числе связанных с приемом пищи, и снизить общую тревожность. Использование речевых автоматизмов и навыков, характерных для преморбидного статуса, позволяет выстроить адаптивную модель логопедической реабилитации, прежде всего для восстановления глотания. Например, вид и запах любимой еды, разговоры о ней способны запустить целую образную систему, стимулировать рефлексы и повысить общую и речевую активность. Для обозначения связанной с пищей лингво- и этнокультурной лексики филологом А. В. Оляничем был предложен

термин «глюттония» (от латинского *glutire* — «поглощать, проглатывать»). По его мнению, лингвистические знаки, связанные с гастрономической лексикой, собираются и хранятся в человеческом сознании в виде ритуалов, правил поведения за столом, рецептов и привычных меню [10]. Глуттоническая лексика (ГЛ) для взрослого человека сродни автоматизмам, с субъективными вкусовыми предпочтениями и социокультурными особенностями.

Впервые применение ГЛ в логопедической практике было предложено в коллективной монографии «Дисфагия у детей и взрослых. Логопедические технологии» [11]. О. Д. Ларина, О. С. Орлова, Ю. Ю. Рудометова персонафицировано используют ее для повышения стимуляции реабилитационного процесса. ГЛ — один из основных типов базовой коммуникации, связанной с процессом питания, с участниками реабилитации, способами, средой, условиями, в которой происходит общение, местом и временем коммуникации, целями и мотивами общения. В этой связи персонафицированные коммуникативные модели с использованием ГЛ в процессе логопедического сопровождения пациентов с дисфагией позволяют смоделировать ситуации, облегчающие удовлетворение базовых потребностей в пище. Например, чашка аромат-

ного кофе способна пробудить поисковый интерес источника запаха, рефлекторное желание сделать глоток, а затем и улыбку удовольствия. Любителя мясных блюд можно заинтересовать холодцом, интересуясь и мотивируя к участию в диалоге на тему лучшего рецепта, специй и приправ, а затем и дегустации [6; 7; 11]. Авторы предлагают персонализированный подход к выбору коммуникативной лексики, например, у пациента (любителя холодца) с комплексной моторной афазией и дисфагией в процессе растормаживания произносительной стороны речи выбрать из ряда специй и приправ те, с чем пациент любит его есть. Это стимулировало комплекс оживления, попытки коммуницировать, а также рефлекторное сглатывание слюны и непроизвольное облизывание нижней губы. В процессе занятий обучающийся начал выполнять по показу и инструкции оральные движения, облизывать ложку, выполнять жевательные движения и начал сглатывать слюну на произвольном уровне, появилась простая по синтаксической структуре фраза.

В другом случае, с пациентом (любителем чаепития) с афферентной моторной афазией, выраженной апраксией, средне-легкой дисфагией и регуляторно-динамическими нарушениями моделировали на занятии чайную

церемонию, что способствовало расширению возможности планирования деятельности, повышению контроля за глотанием слюны и жидкости.

Практика показывает, что выбор лексики напрямую зависит от структуры и степени речевого дефекта, положения пациента в пространстве (лёжа, сидя в кровати, сидя за столом) и обстановки (посуда и столовые приборы, свет, разговоры третьих лиц). Соблюдение рекомендаций логопеда при общении и кормлении пациентов позволяет минимизировать осложнения дисфагии, повысить эффективность перорального приема нутриентов, уменьшить выраженность речевых нарушений и тем самым повысить реабилитационный потенциал больных [6; 7].

Культура питания, гастрономические предпочтения и национальные традиции является неотъемлемой частью жизни каждого человека.

К основным требованиям подбора ГЛ можно отнести особую знаковую систему, которая включает гендерные и социальные характеристики, национальную культуру, эмоциональные и личностные особенности и вкусовые предпочтения. Занятия необходимо начинать как можно раньше, уже с первых дней после стабилизации состояния пациента в отделении реанимации.

Таким образом, персонифицированное применение ГЛ для пациентов с афазией и дисфагией позволяет успешно решать реабилитационные задачи.

Заключение

Данные специальной литературы подтверждают вывод о том, что существуют прямые связи между очаговыми поражениями головного мозга, дисфагией и афазией.

Пациенты с сочетанием афазии и дисфагии входят в группу риска ухудшения состояния, так как не только не могут объяснить свои проблемы, но и неспособны успешно осуществить глотание (справиться с пищевым комком из-за апраксии или избежать аспирации).

Программа восстановительно-го обучения пациентов с сочетанием афазии и дисфагии должна быть персонифицированной, учитывать преморбидный речевой статус, а также гастрономические предпочтения, которые обуславливают выбор коммуникативной ГЛ. Персонифицированный подход к обучению представляет собой адаптацию процесса образования к индивидуальным потребностям человека с учетом современных технологий.

Использование специализированных стратегий (компенсаторных, стимулирующих, адаптивных, тренировочных, психологических и диетических) невозможно без

речевого опосредования. Лексика для речевого сопровождения инструкторий по восстановлению глотания должна быть напрямую связана с процессом питания, с непосредственными участниками и условиями, в которой происходит общение, местом и временем коммуникации, целями и мотивами.

Персонифицированное логопедическое сопровождение пациентов с дисфагией направлено на уменьшение или полное нивелирование нарушения глотания, значительное улучшение состояния речи, сокращение сроков реабилитации и повышение качества жизни пациентов.

Литература

1. Авдюнина, И. А. Нарушения глотания при заболеваниях нервной системы / И. А. Авдюнина. — Текст : непосредственный // Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова. — Москва : МЕДпресс-информ, 2014. — С. 393–445.
2. Амосова, Н. Н. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации / Н. Н. Амосова, И. Н. Балашова, А. А. Белкин [и др.]. — Текст : электронный. — Москва : [б. и.], 2013. — 38 с. // Союз реабилитологов России [сайт]. — URL: https://rehabrus.ru/Docs/2020/Disfagia_last.pdf (дата обращения: 14.02.2023).
3. Бердникович, Е. С. Персонифицированный подход в речевой реабилитации: фокус на пациенте / Е. С. Бердникович, О. С. Орлова, Д. В. Уклонская. — Текст : непосредственный // Специальное образование. — 2022. — № 1. — С. 20–34.
4. Бехтерев, В. М. Избранные произведения (статьи и доклады) / В. М. Бехтерев. —

Москва : МЕДГИЗ, 1954. — 528 с. — Текст : непосредственный.

5. Иванова, М. В. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде. Клинические рекомендации / М. В. Иванова, О. Д. Ларина, С. Н. Норвилс [и др.]. — Текст : электронный. — Москва : [б. и.], 2016. — 46 с. — Текст : электронный // Союз реабилитологов России [сайт]. — URL: <https://goo.su/y0nm5> (дата обращения: 14.02.2023).

6. Ларина, О. Д. Обучение персонала правилам кормления — обязательный аспект логопедической работы по преодолению постинсультной дисфагии / О. Д. Ларина, Ю. Ю. Рудомётова, Т. В. Новикова — Текст: непосредственный // Лечащий врач. — 2022. — № 5-6 (25). — С. 64–69.

7. Ларина, О. Д. Роль логопеда на первом этапе реабилитации пациентов с ОНМК / О. Д. Ларина, Ю. Ю. Рудомётова, Т. В. Новикова. — Текст : непосредственный // Лечащий врач. — 2022. — № 10 (25). — С. 21–29.

8. Лурия, А. Р. Основные проблемы нейролингвистики / А. Р. Лурия. — Изд. 3-е. — Москва : Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. — 256 с. — Текст : непосредственный.

9. Маркова, Е. Д. Особенности клиники и патофизиологии амнестической афазии / Е. Д. Маркова. — Текст : непосредственный // Вопросы клиники и патофизиологии афазии. — Москва : Медгиз, 1961. — С. 58–96.

10. Олянич, А. В. Потребности — дискурс — коммуникация : моногр. / А. В. Олянич. — Волгоград : Парадигма, 2004. — 507 с. — Текст : непосредственный.

11. Орлова, О. С. Дисфагия у детей и взрослых. Логопедические технологии : коллективная монография / О. С. Орлова, Д. В. Уклонская, Ю. А. Покровская, Т. А. Полякова [и др.]. — Москва : Логомаг, 2020. — 116 с. — Текст : непосредственный.

12. Орлова, О. С. Междисциплинарный персонализированный подход в реабилитации детей с нарушениями голоса /

О. С. Орлова, Е. Ю. Радциг, П. А. Эстрова, Я. Е. Бульнко, О. Ю. Федорова. — Текст : непосредственный // Специальное образование. — 2022. — № 2 (66). — С. 86–100.

13. Петриков, С. С. Диагностика и лечение нейрогенной дисфагии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. С. Петриков, А. А. Солодов. — Текст : непосредственный // Неврология и ревматология (Прил. к журн. «Consilium Medicum»). — 2018. — № 1. — С. 21–27.

14. Скворцова, В. И. Ишемический инсульт / В. И. Скворцова, Л. В. Губский, Л. В. Стаховская [и др.]. — Текст : непосредственный // Неврология, национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. И. Коновалова, В. И. Скворцовой. — Москва : ГЕОТАР-МЕДИА, 2009. — С. 592–615.

15. Шкловский, В. М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В. М. Шкловский, Т. Г. Визель. — Москва : В. Секачев, 2011. — 96 с. — Текст : непосредственный.

16. Daniels, S. K. Dysphagia in stroke: Development of a standart method to examine swallowing recovery / S. K. Daniels, M. F. Schroeder, M. McClain et al. — Text : unmediated // J Rehabil. Res. Dev. — 2006. — No 43(3). — P. 347–356.

17. Flowers, H. L. The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke / H. L. Heather, F. L. Silver, J. Fang, E. Rochon, R. Martino. — Text : unmediated // J. Commun. Disord. — 2013. — No 46(3). — P. 238–248.

18. González-Fernández, M. Dysphagia after Stroke: an Overview / M. González-Fernández, L. Ottenstein et al. — Text : unmediated // Curr. Phys. Med. Rehabil. Rep. — 2013. — No 1(3). — P. 187–196.

19. Jang, S. Lesion Characteristics of Chronic Dysphagia in Patients With Supratentorial Stroke / S. Jang, H. E. Yang, H. S. Yang et al. — Text : unmediated // Ann. Rehabil. Med. — 2017. — No 41(2). — P. 225–230.

20. Kern, M. K. Cerebral cortical representation of reflexive and volitional swallowing in

humans / M. K. Kern, S. Jaradeh, R. C. Arndorfer, R. Shaker. — Text : unmediated // *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* — 2001. — No 280 (3). — P. 354–360.

21. O'Horo, J. C. Bedside diagnosis of dysphagia: a systematic review / J. C. O'Horo, N. Rogus-Pulia et al. — Text : unmediated // *J. Hosp. Med.* — 2015. — No 10 (4). — P. 256–265.

22. Robbins, J. A. Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex: preliminary experience / J. A. Robbins, R. L. Levin. — Text : unmediated // *Dysphagia.* — 1988. — No 3. — P. 11–17.

23. Robbins, J. A. Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex / J. A. Robbins, R. L. Levin, A. Maser et al. — Text : unmediated // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 1993. — No 74 (12). — P. 1295–3000.

24. Saito, T. Clinical Characteristics and Lesions Responsible for Swallowing Hesitation After Acute Cerebral Infarction / T. Saito, K. Hayashi, H. Nakazawa, T. Ota. — Text : unmediated // *Dysphagia.* — 2016. — No 31. — P. 567–573.

25. Shaheen Hamdy, M.R.C.P., Ph.D. Role of cerebral cortex in the control of swallowing. — *GI Motility online* (2006). — Text : electronic.

26. Stipancic, K. L. Prospective Investigation of Incidence and Co-Occurrence of Dysphagia, Dysarthria, and Aphasia Following Ischemic Stroke / K. L. Stipancic, J. C. Borders, D. Brates et al. — Text : unmediated // *Am. J. Speech Lang. Pathol.* — 2019. — No 28(1). — P. 188–194.

27. Zald, D. H. The functional neuroanatomy of voluntary swallowing Affiliations expand / D. H. Zald, J. V. Pardo. — Text : unmediated // *Ann. Neurol.* — 1999. — No 46 (3). — P. 281–286.

References

1. Avdjunina, I. A. (2014). Glava 17. Narušeniya glotaniya pri zabolevaniyah nervnoj sistemy [Chapter 17. Swallowing disorders in diseases of the nervous system]. In *Rehabilitation of neurological patients* (pp. 393–445). Moscow: MEDpress-inform. (In Russ.)

2. Amosova, N. N., Balashova, I. N., Belkin, A. A., et al. (2013). *Diagnostika i lechenie disfagii pri zabolevaniyah central'noj*

nervnoj sistemy. Klinicheskie rekomendacii [Diagnosis and treatment of dysphagia in diseases of the central nervous system. Clinical recommendations]. Moscow, 38 p. Retrieved from https://rehabrus.ru/Docs/2020/Disfagia_last.pdf (In Russ.)

3. Berdnikovich, E. S., Orlova, O. S., Uklonskaja, D. V. (2022). Personificirovannyj podhod v rechevoj rehabilitacii: fokus na paciente [Personalized approach to speech rehabilitation: focus on the patient Special education]. *Special education, 1*, 20–34. (In Russ.)

4. Behterev, V. M. (1954). *Izbrannye proizvedeniya (stat'i i doklady)* [Selected works (articles and reports)]. Moscow: MEDGIZ, 528 p. (In Russ.)

5. Ivanova, M. V. (2016). *Logopedicheskaja diagnostika i rehabilitacija pacientov s povrezhdenijami golovnogogo mozga v ostrom periode. Klinicheskie rekomendacii* [Logopedic diagnostics and rehabilitation of patients with brain damage in the acute period. Clinical recommendations]. Moscow, 46 p. Retrieved from <https://goo.su/y0nm5>. (In Russ.)

6. Larina, O. D., Rudomjotova, Ju. Ju., & Novikova, T. V. (2022). *Obuchenie personala pravilam kormlenija — objazatel'nyj aspekt logopedicheskoj raboty po preodoleniju postinsul'noj disfagii* [Training of personnel in the rules of feeding is an obligatory aspect of speech therapy work to overcome post-stroke dysphagia]. *Treating Doctor, 5-6*(25), 64–69. (In Russ.)

7. Larina, O. D., Rudomjotova, Ju. Ju., & Novikova, T. V. (2022). Rol' logopeda v korekcii afazii i disfagii na pervom jetape rehabilitacii pacientov s ONMK [The role of a speech therapist in the correction of aphasia and dysphagia at the first stage of rehabilitation of patients with stroke]. *Attending Physician, 10*(25), 21–29. (In Russ.)

8. Lur'cija, A. R. (2009). *Osnovnye problemy nejrolingvistiki* [The main problems of neurolinguistics]. Moscow: Book house “LIBROKOM”, 256 p. (In Russ.)

9. Markova, E. D. (1961). Osobnosti kliniki i patofiziologii amnesticheskoj afazii [Features of the clinic and pathophysiology of amnesic aphasia]. In *Questions of the cli-*

- nic and pathophysiology of aphasia* (pp. 58–96). Moscow: Medgiz. (In Russ.)
10. Oljanich, A. V. (2004). *Potrebnosti — diskurs — komunikacija* [Needs — discourse — communication] [Monograph]. Volgograd: Paradigm, 507 p. (In Russ.)
11. Orlova, O. S., Uklonskaja, D. V., Pokrovskaja, Ju. A., Poljakova, T. A., et al. (2020). *Disfagija u detej i vzroslyh. Logopedicheskie tehnologii* [Dysphagia in children and adults. Speech therapy technologies] [Collective monograph]. Moscow: Logomag, 116 p. (In Russ.)
12. Orlova, O. S., Radzig, E. Ju., Estrova, P. A., et al. (2022). Mezhdisciplinarnyj personificirovannyj podhod v rehabilitacii detej s narushenijami golosa [Interdisciplinary personalized approach in the rehabilitation of children with voice disorders]. *Special education*, 2(66), 86–100. (In Russ.)
13. Petrikov, S. S., & Solodov, A. A. (2018). Diagnostika i lechenie nejrogennoj disfagii u bol'nyh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashhenija [Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia in patients with acute cerebrovascular accident]. *Neurology and Rheumatology (Appendix to the journal Consilium Medicum)*, 1, 21–27. (In Russ.)
14. Skvorcova, V. I., Gubskij, L. V., Stahovskaja, L. V., et al. (n.d.). Ishemicheskij insult [Ischemic stroke]. In *Neurology, national leadership* (pp. 592–615). Moscow: GEOTAR-MEDIA. (In Russ.)
15. Shklovskij, V. M., & Vizel', T. G. (n.d.). *Vosstanovlenie rechevoj funkcii u bol'nyh s raznymi formami afazii* [Restoration of speech function in patients with various forms of aphasia]. Moscow: V. Sekachev, 96 p. (In Russ.)
16. Daniels, S. K., Schroeder M. F., & McClain, M. (2006). Dysphagia in stroke: Development of a standart method to examine swallowing recovery. *J Rehabil Res Dev*, 43(3), 347–356.
17. Flowers, H. L., Silver, F. L., Fang J., et al. (2013). The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *J Commun Disord*, 238–248.
18. González-Fernández, M., Ottenstein, L., et al. (2013). Dysphagia after Stroke: an Overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep*, 1(3), 187–196.
19. Jang, S., Yang, H. E., Yang, H. S., et al. (2017). Lesion Characteristics of Chronic Dysphagia in Patients With Supratentorial Stroke. *Ann Rehabil Med*, 41(2), 225–230.
20. Kern, M. K., Jaradeh, S., Arndorfer, R. C., & Shaker, R. (2001). Cerebral cortical representation of reflexive and volitional swallowing in humans. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 280(3), 354–360.
21. O'Horo, J. C., Rogus-Pulia, N., et al. (2015). Bedside diagnosis of dysphagia: a systematic review. *J Hosp Med*, 10(4), 256–265.
22. Robbins, J. A., & Levin, R. L. (1988). Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex: preliminary experience. *Dysphagia*, 3, 11–17.
23. Robbins, J. A., Levin, R. L., Maser, A., et al. (1993). Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex. *Arch Phys Med Rehabil*, 74(12), 1295–3000.
24. Saito, T., Hayashi, K., Nakazawa, H., & Ota, T. (2016). Clinical Characteristics and Lesions Responsible for Swallowing Hesitation After Acute Cerebral Infarction. *Dysphagia*, 31, 567–573.
25. Shaheen, Hamdy (2006). *Role of cerebral cortex in the control of swallowing*. GI Motility online.
26. Stipanovic, K. L., Borders, J. C., Brates, D., et al. (2019). Prospective Investigation of Incidence and Co-Occurrence of Dysphagia, Dysarthria, and Aphasia Following Ischemic Stroke. *Am J Speech Lang Pathol*, 28(1), 188–194.
27. Zald, D. H., & Pardo, J. V. (1999). The functional neuroanatomy of voluntary swallowing Affiliations expand. *Ann Neurol*, 46(3), 281–286.