

Меньшинство из них было занято в сфере строительства.

Среди сопутствующих заболеваний преобладали: хронический гастрит, остеохондроз позвоночника (различные отделы), артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, хронический бронхит, нейроциркуляторная дистония.

У большинства наших пациентов отмечалась наследственная отягощенность в отношении заболевания мигренью. У 71 (84,5%±3,95) пациента в семье мать страдала мигренью, у 6 (7,1%±2,8) – отец, брат, сестра, у 2-х (2,4%±1,67) пациентов не было обнаружено наследственной отягощенности.

Впервые выявленных пациентов, страдающих мигренью, было 36 (42,9%±5,4). У 48 (57,1%±5,4) пациентов диагноз установлен в различные сроки заболевания. Начало головных болей пациенты отмечали в различные возрастные периоды (таблица 3).

Таблица 3 – Средний возраст начала головных болей у пациентов, страдающих мигренью (P±m%)

Возрастной период	Пациенты
до 5 лет	1(1,2%±1,19)
5-10 лет	3(3,6%±2,03)
10-15 лет	2(2,4%±1,67)
15-20 лет	35(41,7%±5,38)
20-30 лет	21(25%±4,72)
30-40 лет	14(16,7%±4,07)
старше 40 лет	8(9,5%±3,2)

У наибольшего количества пациентов (41,7%) головные боли появились в возрасте от 15 до 20 лет. Следующую группу по численному составу – 25% составили пациенты, у которых головная боль появилась в возрасте от 20 до 30 лет. Наименьшую группу составили пациенты в возрастной период до 5-ти (1,2%) и от 10 до 15 лет (2,4%).

Исходя из полученных данных, можно сделать определенные выводы: в Казахстане мигренью чаще страдают женщины – 89,7%, чем мужчины – 10,7%. Диагноз «Мигрень» впервые выставлен 42,6% пациентам. У 57,1% пациентов диагноз выставлен в различные сроки заболевания. Среди всей группы исследования работающих в различных сферах деятельности (60,7%) было значительно больше по сравнению с неработающими (34,5%); страдающих мигренью больше среди лиц интеллектуального труда. У наблюдаемых пациентов с мигренью чаще встречались следующие сопутствующие заболевания: хронический гастрит, остеохондроз позвоночника (различные отделы), артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, хронический бронхит, нейроциркуляторная дистония. Мигрень наследовалась чаще по линии матери (84,5%). И, наконец, головные боли появлялись чаще в возрасте от 15 до 20 лет, реже – до 5 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Браславец А.Я., Григорова И.А., Федорович Г.С. Головная боль: Навчальний посібник для студентів та лікарів інтернів.-Харків, 1999.-53с.

Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. Головная боль.-М., 1994.-286с.

Шток В.Г. Головная боль.-М.: Медицина, 1987.-С.61-69.

Яворская В.А., Гребенюк А.В. Головная боль.-Харьков, 1999.-103с.

Аммелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение).- Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001.-199с.

Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев И.А. и др. Мигрень.- М., 1995.-186с.

Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К. Головная боль (классификация, клиника, диагностика, лечение).- М.: Медицина, 1994.-286 с.

Колосова О.А. Мигрень и другие головные боли // Заболевания вегетативной нервной системы: Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1991.-С. 128-251.

ТҮЙІН

Қазақстанда бас сақинамен әйелдер - 89,7%, ерлер - 10,7% ауырады; диагноз: «Бас сақина» тұңғыш рет 42,6% емделушілердің айқындалды, 57,1% емделушілердің диагнозы ауруға шалдығудың түрлі мерзімдеріне деген тағайындалды; барлық емделушілердің арасында жұмыс істемейтін емделушілермен салыстырғанда жұмыс істейтін емделушілер көбірек болды; зияткерлік еңбек ететіндер арасында күйзел- бас сақинасымен неғұрлым ауырады; ауыр бұзушылықтар арасында бас сақинасымен байланысты саралағанда жиі байқалды: созылмалы гастрит, омыртқаның остеохондрозы (түрлі бөлімдер), артериялық гипертензия, созылмалы пиелонефрит, созылмалы бронхит, нейроциркуляторлы дистония; бас сақина ана сызығының еншіленеді (84,5%); және ақыры бас аурулары жиі 15 жастан 20 жасқа дейін, сирек - 5 жасқа дейін кездеседі.

SUMMARY

Females in Kazakhstan suffer from migraine more frequent - 89.7%, than males - 10.7%. Diagnosis: "Migraine" was firstly detected in 42.6% of patients, in 57.1% of patients it was diagnosed in different stages of the disease; among all examined patients number of people working in different areas of activity was significantly higher in comparison with number of people out of work; people suffered from migraine are mostly involved in intellectual work; among ranked severe disorders associated with migraine mostly were detected the following: Mts. gastritis, spinal osteochondrosis (various segments), hypertension, Mt. pyelonephritis, Mt. bronchitis, neuro-circulatory dystonia; migraine often was inherited from the mother right (84.5%); and, finally, severe headaches mostly appeared between the ages of 15 and 20 years old, the least - before 5 years.

УДК: 616.89-008.434.5-02

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ АФАЗИЯМИ ИЛИ ТРАВМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Киргаева Р.М.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Наиболее частыми последствиями инсульта или травм головного мозга, требующими проведения активных реабилитационных мероприятий, являются: двигательные

нарушения, когнитивные расстройства (загруженность сознания, снижение памяти, внимания, замедленность протекания психических процессов, в тяжелых случаях –

снижение интеллекта), ослабление эмоционально-волевых процессов (депрессия, тревожность, аспонтанность). Не менее значимы и расстройства нейropsychологического спектра: различных видов гнозиса, праксиса, в частности речевые расстройства (афазия), а также связанные с ней нарушения письма и чтения. К концу острого периода инсульта, афазия, по данным различных авторов, наблюдается более чем у 50% больных [1].

Методы коррекционно-логопедического воздействия в значительной мере решают задачи восстановления способности больных к речевой коммуникации [2]. Учитывая, что повреждены речевые зоны мозга, невозможно рассчитывать на «естественное» вспоминание того, как нужно говорить. Приходится использовать специальные приемы, которые произвольно осмысливаются больным, а затем в результате многократных упражнений происходит упрочение (автоматизация) способов извлечения из памяти необходимых слов и речевых оборотов. Реабилитация таких больных представляет известные трудности и требует упорной работы как специалистов по восстановлению, так и самих больных [3].

Цель работы – оценить результаты коррекционно-логопедического воздействия при проведении медицинской реабилитации больным с постинсультными афазиями или после травм головного мозга.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов с речевой патологией, прошедших медицинскую реабилитацию методами коррекционно-логопедического воздействия, из них после инсульта 28, после травмы головного мозга - 2. Возраст пациентов колебался от 41 до 83 лет; женщин было 14 (47%), мужчин – 16 (53%).

Для определения форм афазии осуществлялось логопедическое и нейropsychологическое обследование особенностей речи больных, проводился анализ результатов тестирования в соответствии с критериями, содержащимися в классификации афазий А.Р.Лурия [4]. На основании преобладающих расстройств больные распределялись по формам афазии следующим образом: с моторными формами – 22 (73%), сенсорными – 6 (20%), динамическими – 2 (7%) человек. Больные с моторной афазией составили основной контингент. Речевые расстройства у них были наиболее тяжелыми. Средняя и легкая степень нарушений речи отмечалась редко.

Со всеми больными проводилось поэтапное восстановительное обучение с использованием методов невербальной и вербальной стимуляции, всего в 3 этапа. Логопедические занятия проводились в соответствии с общими методическими принципами, индивидуально в зависимости от преобладания той или иной формы афазии. Это относилось не только к различию используемых логопедических методов, но и к учету неодинакового удельного веса сознательного участия больных в процессе восстановления, которое, соответственно, было меньше на начальных этапах афазических расстройств после инсульта. На этом (первом) этапе применялись логопедические приемы растормаживания угнетенных речевых функций, «опора» на произвольные речевые процессы (привычные речевые стереотипы, эмоционально значимые слова, песни, стихи и т.д.) и вовлечение их в деятельность. При этом на первый план выступала невербальная стимуляция и была рассчитана на вывод больных из состояния загруженности.

На более поздних резидуальных этапах восстановительного обучения работа была направлена на компенсаторную перестройку органически нарушенных функций с использованием сохранных сторон психики и анализаторов. На втором этапе преобладала вербальная стимуляция, направленная на восстановление способности понимать речь и давать спонтанные речевые реакции

на ситуацию общения. Для закрепления способности восприятия слов на слух давали несколько раз прослушать их, одновременно подключали написанные слова, предъявляемые на отдельных карточках. Больные должны были выбрать карточку соответственно прослушиваемому слову. Ставилась также задача добиться закрепления в памяти результатов стимуляции. Достижали этого следующими методами: больным предъявлялись слова (без картинок) и просили показать жестом, нарисовать или объяснить их значение каким-либо другим образом, включая вербальный (если он больному доступен). Таким образом, за счет устранения реальных зрительных опор осуществлялось сокращение действий по пониманию слова. Этим достигалась выработка алгоритма функции понимания слова, которая необходима для вербального общения больного с окружающими.

На третьем этапе проводились занятия по написанию обрабатываемых слов под диктовку. Это способствовало облегчению опознания и понимания слова на слух, уменьшалась степень выраженности отчуждения смысла слова, а также расширяло возможности речевой коммуникации за счет способности сообщить о чем-либо письменным словом.

В зависимости от форм афазии использовались различные методики восстановительного обучения, кроме того, проводилась комплексная работа над речью в целом. Занятия проводились индивидуально в среднем 45 дней. Продолжительность занятия составляла от 15-20 до 45 минут в зависимости от соматического состояния больного.

Результаты. После 1 этапа коррекционно-логопедического воздействия у всех больных отмечалась значительная динамика в узнавании неречевых шумов. Этот результат оказался важным, поскольку обеспечил базу для работы по дифференциации речевых стимулов. У некоторых больных способность различать неречевые стимулы привела к растормаживанию собственной, произвольной речи. В частности, 19 (63,3%) больных стали эмоционально реагировать на приход родственников и специалистов, на собственные действия, выполнять простые инструкции, общаться с окружающими с помощью жестов и простых вербализаций; 9 (30,0%) больных при обращении к ним стали давать мимические и голосовые реакции и лишь 2 (6,7%) больных не вышли из состояния загруженности.

После 2 этапа большая часть больных 23 (76,7%) стала показывать жестами, рисовать, списывать или невнятно объяснять значение слов, воспринятых на слух, без зрительного подкрепления.

У 14 (46,7%) больных из общего числа обучаемых появилась способность применять воспринимаемые на слух слова в диалоге. Отмечалось активное использование больными жестовых и мимических подкреплений, что свидетельствовало об образовании у них не только слухо-зрительных, но и слухо-зрительно-речедвигательных ассоциаций. Расширились и возможности словесной коммуникации за счет употребления не только отдельных слов, но и коммуникативно значимых выражений. Появилась способность соотносить воспринятые на слух слова-названия с их графическими эквивалентами.

Достигнутые результаты обучения отличались у больных с разными формами афазии. Так, больные с моторной афазией, у которых нарушения понимания не являются основными, показали, как и ожидалось, более значимое продвижение, чем больные с сенсорной афазией. Больные с динамической афазией заняли промежуточное положение и могли показывать предметы группами по 2-3 элемента.

После 3 этапа отмечалось восстановление речевых функций у 24 (80%) человек, улучшение - у 4 (13%), без улучшения у 2 (7%) .

Таким образом, проводимые восстановительные занятия способствовали реконструкции личности больного: выводили из состояния загруженности сознания, повышали коммуникативную активность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белопасова А.В., Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Восстановление речи у больных с постинсультной афазией и механизмы нейропластичности// *Неврологический журнал.* - 2011.- Т. 16., № 1.- С. 37-41.

2. Визель Т.Г. К вопросу о природе афазии// *Дефектология.* - 2010.- № 5.- С. 65 -71.

3. Пурихванидзе О.П. Психолого-логопедическая диагностика больных с афазией в ранней постинсультной стадии// *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта.* - 2011.- Т. 77., № 7.- С. 132-136.

4. Шохор-Троцкая М.К. Речь и афазия: методологический подход к преодолению речевых расстройств.- М.: ЭКСМО-Пресс.- 2001.- 416 с.

ТҮЙІН

Инсульттан кейінгі немесе ми жаракаты афазиялары бар наукастарды медициналық оңалту ерекшеліктері

Сөйлеу (афазия), сондай-ақ оған байланысты жазу және оқу қабілеттерінің бұзылуы инсульт немесе ми жаракатының аса маңызды салдары болып табылады. 3

кезеңнен тұратын түзету-логопедиялық әсер ету әдісімен медициналық оңалтудан өткен сөйлеу патологиясы бар 30 емделуші бақылауда болды, оның 28-і - инсульттан кейінгі, 2-уі - ми жаракатын алған емделушілер. Жүргізілген қалпына келтіру шаралары наукастың қалпына келуіне септігін тигізді: сананың жүктелімі 93,3% болып, қарым-қатынас жасау белсенділігі 80%-ға жоғарылады.

Түйін сөздер: сөйлеу бұзылыстары (афазия), инсульт немесе ми жаракатының салдары, түзету-логопедиялық әсер ету.

SUMMARY

Features of medical rehabilitation in patients with aphasia following stroke or brain injury

Speech disorder (aphasia), as well as its violation of reading and writing are no less significant consequences of stroke or brain injury. We observed 30 patients with speech pathology, past medical rehabilitation by 3-stage correction and speech therapy effects, including stroke 28 after a brain injury - 2. Applied restoration activities have contributed to the reconstruction of the patient's personality: the withdrawal of the state of congestion of consciousness in 93.3% of cases and increased communicative activity in 80%.

Keywords: speech disorder (aphasia), the effects of a stroke or brain injury, remedial Logopedic impact.

УДК 616-07-036.8

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКГ-ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

Койланова Н.О.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ) на протяжении многих лет является одним из наиболее важных и информативных методов обследования больных с заболеваниями сердца [1]. ЭКГ дает возможность диагностировать заболевания и синдромы, требующие неотложной кардиологической помощи, и прежде всего инфаркт миокарда, пароксизмальные тахикардии, нарушения проводимости (различные виды блокад), которые по данным ВОЗ являются наиболее частой причиной инвалидности и смертности пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями [2].

Своевременное выявление как самих заболеваний сердца и сосудов, так и их осложнений - наиболее важная задача врачей терапевтов и кардиологов. Эта задача усложняется при динамическом наблюдении за пациентами с хронической сердечнососудистой патологией пожилого и старческого возраста, для которых затруднительны визиты в поликлинику [3].

Появление портативных электрокардиографов позволило осуществлять первичный анализ изменений ЭКГ дома у пациентов.

Цель работы - оценка эффективности динамического ЭКГ-обследования при организации медицинской помощи на дому пациентам с хронической сердечнососудистой патологией пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты динамического ЭКГ-обследования 89 пациентов, состоящих на учете с ишемической болезнью сердца (ИБС), в возрасте от 72 до 100 лет, из них 49 (55%) женщин и 40 (45%) мужчин.

При этом у всех пациентов отмечалась нестабильная стенокардия IIВ класса, высокого риска, у 62 (70%) -

хроническая сердечная недостаточность (ХСН), у 34 (38%) больных – постинфарктный кардиосклероз, у 7 (8%) – мерцательная аритмия. Из сопутствующей патологии в 100% случаев наблюдалась артериальная гипертония (АГ), у 13 (14,6%) пациентов - сахарный диабет, у 46 (52%) - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Динамическое наблюдение за пациентами данной категории осложнялось тем, что для них были затруднительны самостоятельные посещения врача в поликлинике для проведения ЭКГ-обследования. При этом выявление острого коронарного синдрома (ОКС) или острого инфаркта миокарда (ОИМ) осуществлялось при вызове ими бригады скорой помощи или при поступлении в стационар.

Обеспечение участковой службы портативными электрокардиографами позволило организовать динамическое ЭКГ-обследование пациентов на дому при каждом активном посещении их врачом. Динамическое наблюдение осуществлялось в течение года и основывалось на тщательном изучении жалоб, особенностей болевого синдрома в области груди и результатах ЭКГ-исследований, при этом на каждого исследуемого пациента заводился ЭКГ-архив для сравнения данных в динамике.

Результаты. Регистрация ЭКГ на дому при каждом посещении врача позволила отслеживать динамику основного заболевания. У больных с ХСН на ЭКГ выявлялись «←» или «+→» зубцы Т в V₁-V₆ отведениях, смещение сегмента ST вверх. У больных, перенесших инфаркт нижней стенки миокарда, регистрировались «←→» зубцы Т в III стандартном отведении и в aVF. После перенесенного инфаркта миокарда переднеперегородочной и верхушечной областей типичные электрокардиографические признаки