

преступной халатности. Поэтому необходимо тщательно документировать все действия по выявлению риска и предотвращения самоубийства, а так же ход лечения.

Б) Галлюцинаторный синдром - 8 больных. Галлюцинаторные чаще вербальные образы могут провоцировать аутоагрессивное поведение в силу двух причин, во первых из-за того, что голоса могут открыто и прямо приказать пациенту совершить самоубийство, обвинив его в каких либо поступках. Больные очень часто выполняют эти приказы независимо от их характера. Если голос приказывает больному лишить себя жизни, то суицидальная попытка весьма вероятна. Во вторых такие попытки совершаются больными под влиянием эмоционального напряжения, связанного с неотступностью ругающих или угрожающих голосов, вследствие того, что становятся "невыносимыми", поскольку не прекращаются ни на минуты в течении суток, недель, месяцев.

В) Бредовый синдром - 8 больных. Суицидальные действия, совершаемые на почве бредовых переживаний, могут иметь неодинаковую мотивацию. В случае бреда преследования суицид совершается как единственное средство, с помощью которого можно избежать чего-либо более страшного, чем быстрая смерть. Если же имеет место бред виновности, то к суициду подталкивает не страх перед неизбежным бедствием, внешним по отношению к личности больного, а неумолимый приговор собственной совести, требующий самонаказания за якобы совершенные больным тяжкие преступления.

Г) Психопатоподобный синдром - совершали суициды с демонстративно шантажной целью 3 больных. Демонстративно-шантажное суицидальное поведение своей целью предполагает не лишения себя жизни, а демонстрацию этого намерения. Эта схема основана на категории личностного смысла, как отношения не совпадающих между собой цели действия - (суицида) - и мотива деятельности, в которую он включен. Отмечено, что по мере нарастания деградации личности истинное суицидальное поведение все больше уступает место демонстративно-шантажным аутоагрессивным действиям.

2. Средняя степень суицидального риска. Наличие суицидальных мыслей в прошлом - у 12 больных (депрессивный синдром - 6 больных, бредовый синдром - 3 больных, галлюцинаторный синдром - 3 больных).

3. Минимальная степень суицидального риска. Наличие суицидов у родственников - 2 больных (с параноидным

синдромом).

Выводы: нами были проанализированы болезненные переживания, личностные и ситуационные факторы, приведшие больных к совершению суицидальных попыток, а также их механизм действия. Находящиеся в 1 и 2 группе больные повторно совершали суицидальные попытки в 20 случаях, в 3 группе суицидальных попыток не было. При психических заболеваниях особо высокая степень суицидального риска обнаружена:

1. При суицидальном поведении в прошлом.

2. У группы психически больных с психопатологическими особенностями: при наличии императивных истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, при преобладании аффективных колебаний в период депрессивных, депрессивно-параноидных, депрессивно-ипохондрических, депрессивно-обсессивных и тревожно-депрессивных приступов.

3. В периоде спонтанной и терапевтической ремиссии, когда суицидальное поведение возникает в связи с критической оценкой больным совершенного ООД. Аутоагрессивное поведение больных шизофренией в периоде послабления процесса зависит от персонологических особенностей суицидента (от способов его аффективного реагирования), от типа ремиссии и её качества, а также от ситуационных факторов. Видоизмененный склад личности включает новые, часто с парадоксальной направленностью интереса, широкий спектр инакомыслия, формирующий "неадекватные" формы поведения и своеобразие жизненных ориентаций.

4. При изменении условий жизни, нарушении микро социального климата у больных приводит к «нестандартному» выходу из сложившейся ситуации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ефремов В.С. Основы суицидологии с. 313, 370
2. Кудьярова Г. М. Зальцман Г.И Психиатрия. Алматы с. 196
3. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология Монография 2006 год. Днепропетровск

#### ТҮЙІН

Бұл еңбекте психикалық ауру мен суицидті мінез-құлықтың арасындағы байланыс зерттелген.

#### SUMMARY

In this research the connection between mental illness and suicidal behavior has been investigated.

УДК 616.8

## МИГРЕНЬ: НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П., Назиров К.М.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК,

ГККП «Городская поликлиника №3», г. Алматы

Проблема лечения головной боли до сих пор остается актуальной. Согласно классификации «Международной ассоциации по изучению головной боли» мигрень относится к первичной головной боли [1,2,3,4]. По данным ВОЗ мигрень занимает 19-е место среди заболеваний, сопровождающихся тяжелыми расстройствами [5].

К основным критериям диагностики мигрени относятся:

- односторонняя локализация ГБ;
- пульсирующий характер ГБ;
- интенсивность боли, снижающая активность больного и усугубляющаяся при монотонной физической работе и ходьбе;
- наличие хотя бы одного из следующих симптомов: тошнота, рвота, фото-, фонофобии;
- длительность приступа от 4 до 72 часов;

- не менее 5 атак в анамнезе, отвечающих перечисленным критериям [2,6,7,8].

Согласно эпидемиологическим исследованиям, проведенным в различных странах, мигренью страдают от 3 до 16%, а по некоторым данным до 30% населения. При этом мужчины составляют от 2 до 15%, а женщины от 6 до 25% всей популяции. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:2,5 или 2:4 [Вейн А.М. и соавт., 1995; Rasmussen В.К. и соавт., 1991; Stewart W.E и соавт., 1992]. Наиболее часто мигрень встречается у людей в возрасте 35-40 лет. Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют, что распространенность мигрени среди населения имеет тенденцию к росту. Так, по данным центра Национального здоровья США в период с 1981 по 1989 количество людей, страдающих мигренью, выросло на 60% (с 25,8 до 41,0 на 1000,0 населения) [Stewart W.F. et. al., 1992]. Эпидемиологические исследования, проведенные в Великобритании, свидетельствуют о том, что у 34% больных приступ мигрени бывает реже одного раза в месяц, у 27% больных — один раз в месяц, у 17% больных — 2 раза в месяц, у 12% бывает 3-4 атаки в месяц, у 6% 5-10 приступов в месяц и у 4% больных

мигрень бывает чаще 10 раз в месяц [Buer O. et. al., 1991].

Из-за сильной, продолжительной головной боли и сопутствующих вегетативных симптомов, мигрень затрудняет повседневную жизнь, снижает её качество и часто является причиной нетрудоспособности. В связи с этим государство несёт впечатляющие прямые и косвенные материальные потери.

В связи с этим нами проведено исследование «Оптимизация качества диагностики и фармакотерапии мигрени с использованием препарата Сумамигрэн» в четырех крупнейших городах Казахстана (Алматы, Шымкент, Павлодар, Караганда).

В исследовании приняли участие 84 человека с впервые и ранее диагностированной мигренью, не принимавших препарат Сумамигрэн, а также пациенты с ранее диагностированной мигренью, принимавших препарат Сумамигрэн в различной дозировке.

Все пациенты были разделены по возрасту и полу. В г.Алматы – 21 человек; в г.Шымкент – 8 человек; в г.Павлодар – 22 человека, в г. Караганда – 33 (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов с разных городов по возрасту и полу (P±m%)

Возраст Пациенты	15-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 и старше	Всего
<b>Шымкент</b>							
женщины	-	1 (1,2%±1,19)	3 (3,6%±2,03)	3 (3,6%±2,03)	1 (1,2%±1,19)	-	8 (9,5%±3,2)
мужчины	-	-	-	-	-	-	-
<b>Павлодар</b>							
женщины	-	3 (3,6%±2,03)	7 (8,3%±3,01)	4 (4,8%±2,33)	3 (3,6%±2,03)	2 (2,4%±1,67)	19 (22,6%±4,56)
мужчины	-	1 (1,2%±1,19)	1 (1,2%±1,19)	1 (1,2%±1,19)	-	-	3 (3,6%±2,03)
<b>Алматы</b>							
женщины	-	1 (1,2%±1,19)	6 (7,1%±2,8)	5 (6%±2,59)	6 (7,1%±2,8)	1 (1,2%±1,19)	19 (22,6%±4,56)
мужчины	-	-	-	-	2 (2,4%±1,67)	-	2 (2,4%±1,67)
<b>Караганда</b>							
женщины	1 (1,2%±1,19)	6 (7,1%±2,8)	13 (15,5%±3,95)	2 (2,4%±1,67)	5 (6%±2,59)	2 (2,4%±1,67)	29 (34,5%±5,2)
мужчины	-	1 (1,2%±1,19)	-	2 (2,4%±1,67)	1 (1,2%±1,19)	-	4 (4,8%±2,33)
Всего	1 (1,2%±1,19)	13 (15,5%±3,95)	30 (35,7%±5,23)	17 (20,2%±4,3)	18 (21,4%±4,5)	5 (6%±2,59)	84 (100%)

Среди всех наблюдавшихся пациентов мужчин было 9 (10,7%±3,37) человек; из них в возрасте от 21 до 30 лет – 2 человека, от 31 до 40 лет – 1 человек, от 41 до 50 лет – 3 человека, от 51 до 60 – 3 человека. Женщин было больше всего в возрастной группе от 31 до 40 лет – 29 (34,5%±5,2) человек. В возрастных группах от 41 до 50 и от 51 до 60 лет – приблизительно одинаковое число – 14 и 15 соответственно. 11 (13,1%±3,68) женщин было в группе от 21 до 30 лет, 5 (6%±2,59) женщин – в группе от 61 и старше, и 1 (1,2%±1,19) женщина в возрасте от 15 до 20 лет.

Данные исследования показали, что среди всей группы исследования лиц, работающих в различных сферах

деятельности (60,7%), было значительно больше по сравнению с неработающими (34,5%) (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели занятости пациентов, страдающих мигренью (P±m%)

	Занятость	Количество
1	Работающие	51(60,7%±5,33)
2	Не работающие	29(34,5%±5,19)
3	Учащиеся	2(2,4%±1,67)
4	инвалиды	2(2,4%±1,67)

Большинство работающих пациентов были учителями, медицинскими сестрами, врачами, бухгалтерами.

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. Головной біль: 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 –