

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Т. Ю. Хохлова¹, И. Л. Далелова¹, Е. Х. Баринов^{2,3}

¹Кафедра нервных болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет» им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва

²Кафедра судебной медицины и медицинского права лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ, Москва

³Кафедра судебной медицины и медицинского права Российского университета дружбы народов, Москва

Аннотация: Проведена оценка клинической картины, состояния эмоциональной сферы, когнитивных функций и качества жизни у 19 мужчин молодого и среднего возраста с головными болями травматического генеза. Использовались шкала депрессии НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева, госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросники «Восстановление локуса контроля» и «Индекс общего психологического благополучия», мини-исследование умственного состояния (Mini-Mental State Examination, MMSE), исследование кратковременной памяти по методу А. Р. Лурия и Векслера, проба Шульце, оценка выраженности болевого синдрома по ВАШ и шкале «Оценка боли, функционального и экономического состояния при хронических лицевых и головных болях». Выявлены наличие и степень выраженности тревоги и депрессии и когнитивных нарушений при посттравматических головных болях (ПТГБ) различной этиологии.

Ключевые слова: цефалгия, посттравматическая головная боль, черепно-мозговая травма, эмоциональная сфера, когнитивные функции, тревога, депрессия

FEATURES OF CLINICAL, EMOTIONAL SPHERE AND HIGHER CORTICAL FUNCTIONS IN PATIENTS WITH HEADACHE ASSOCIATED WITH TRAUMA

T. Yu. Khokhlova, I. L. Dalelova, E. H. Barinov

Abstract: The status of emotional sphere, cognitive functions and the quality of life was evaluated in 31 patients with paroxysmal and non-paroxysmal cranial prosopalgia of different genesis. The following criteria were used: Depression scale (V. M. Bekhterev Institute of Psychiatry and Medical Psychology), Hospital Anxiety and Depression Scale, Recovery Locus of Control, Psychological General Well – Being Index, MMSE (Mini-Mental State Examination), Luria test, Shulte test. In different types of prosopalgia it was revealed the presence and various rates of anxiety, depression and cognitive disorders.

Keywords: emotional sphere, cognitive functions, anxiety, depression and cognitive disorders

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2018-4-1-26-33>

Экспертная оценка черепно-мозговой травмы (ЧМТ) вызывает значительные трудности в практической деятельности судебно-медицинских экспертов. Нередко при установлении тяжести вреда здоровью ошибочные выводы были вызваны неправильной оценкой обнаруженных телесных повреждений, составляющих комплекс черепно-мозговой травмы. В случаях черепно-мозговой травмы основные затруднения обусловлены сложностью оценки объема травмы и возникших осложнений. Нередко диагноз устанавливался только при однократном обращении потерпевшего за медицинской помощью, без объективного учета неврологической симптоматики и динамики посттравматического периода. Спорным являлся вопрос дифференциальной диагностики предшествующих травме состояний освидетельствуемого. При судебно-медицинской экспертизе закрытой черепно-мозговой травмы не оцениваются ее последствия.

Основными причинами неверного решения вопроса о степени тяжести вреда здоровью являются следующие:

- отсутствие тщательного анализа медицинских документов с целью выявления предшествовавших травме заболеваний, что приводит к завышению тяжести вреда здоровью;
- использование в ходе проведения судебно-медицинской экспертизы не всех медицинских документов, касающихся лечения потерпевшего по поводу травмы;

- подход к стойким остаточным явлениям как к продолжающемуся болезненному процессу;
- отсутствие оценки остаточных явлений как признака стойкой утраты общей трудоспособности;
- отсутствие дополнительных исследований и консультаций специалистов;
- лечебно-диагностические ошибки, допущенные лечащими врачами.

Для объективного решения вопроса о степени тяжести вреда здоровью, причиненного черепно-мозговой травмой, необходимо не только изучение всех медицинских документов потерпевшего, но и обязательный осмотр освидетельствуемого судебно-медицинским экспертом с обязательной консультацией специалиста в области неврологии. При этом должны учитываться и клинические проявления, выявляемые в динамике посттравматического периода, в том числе и головные боли.

Головные боли (ГБ), их диагностика и лечение являются одной из важных проблем в современной неврологии и в общеклинической практике. По данным различных эпидемиологических исследований, на ГБ жалуются до 80 % трудоспособного населения европейских стран (В. Н. Шток, 2007; Н. Н. Яхно и др., 2000). Частая и интенсивная ГБ является не только медицинской, но и социальной проблемой, снижающей умственную и физическую

работоспособность, значимо ухудшающей качество жизни пациентов (В. Н. Шток, 2007).

Пациенты с цефалгиями травматического генеза достаточно разнообразны по возрастному и гендерному составу, формам и степени повреждения ткани головного мозга и наличию сопутствующей соматической патологии. В неврологическом статусе у них, помимо головных болей, значительное место занимают симптомы, являющиеся проявлением травматического поражения ткани мозга, гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. При этом выраженность когнитивных нарушений может значительно варьировать в зависимости от стадии процесса и тяжести сосудистого заболевания, что, безусловно, отражается на тактике ведения подобных больных и определяет выбор тех или иных методов лечения. Известно, что биологические изменения в мозге начинаются с 20-летнего возраста (М. В. Наприенко, 2014). Суммируя данные проспективных исследований за недавний период, возраст 45 лет можно определять как рубежный для состояния когнитивных функций как у мужчин, так и у женщин. Известно, что хроническая боль сопровождается аффективными нарушениями, которые могут оказывать отрицательное влияние на когнитивные функции. В качестве возможной причины этого явления рассматривается эмоциональный дистресс (К. А. Мелкумова, Е. В. Подчуфарова, 2008).

Состояние эмоциональной сферы больных с ГБ – цефалгиями – имеет большое значение как для качественной оценки выраженности болевого синдрома, так и для индивидуального подбора терапии. Наличие или отсутствие у пациента тревоги или депрессии и их выраженность, самооценка большим своего состояния и его позитивный настрой напрямую влияют на степень его активного участия в лечебном процессе и, в конечном итоге, на эффективность проводимого лечения и трудовой прогноз (Т. Ю. Хохлова, И. Л. Далелова, 2015).

Отдельную специфическую группу больных составляют мужчины молодого и среднего возраста, перенесшие черепно-мозговую травму, количество которых, к сожалению, не уменьшается. Реабилитация этих пациентов – преимущественно молодого возраста, работающих, социально активных и не отягощенных грузом соматических заболеваний – имеет важное не только медицинское, но и социальное значение.

Цефалгический синдром у мужчин – актуальная проблема клинической неврологии, значимость которой определяется многими обстоятельствами: высокой распространенностью ГБ в популяции, низкой обращаемостью мужчин за медицинской помощью и предпочтением лечиться самостоятельно либо не лечиться совсем. Большинство мужчин, особенно молодого работоспособного и социально активного возраста, не считают ГБ достаточно серьезным поводом для обращения к врачу – либо, наоборот, боятся выявления какого-либо тяжелого заболевания. Низкая обращаемость мужчин за медицинской помощью является одной из главных причин несвоевременной диагностики и лечения ГБ, а также может иметь значительные негативные последствия, связанные с хронизацией уже имеющейся ГБ или несвоевременной диагностикой опасных для жизни неврологических заболеваний. В изученной нами литературе встретилось крайне мало работ, изолированно посвященных эпидемиологии, особенностям клинического проявления ГБ у мужчин, особенно молодого и среднего, работоспособного и социально активного возраста. Имеющиеся работы в основном касаются мигрени и головной боли напряжения в сравнении с течением этих заболеваний у женщин. Однако сравнительных

эпидемиологических исследований по другим формам первичных и вторичных головных болей у мужчин не проводилось.

Все вышесказанное и обуславливает актуальность проведенной работы – клинико-нейропсихологического исследования особенностей течения ГБ травматического генеза у мужчин молодого и среднего возраста.

Согласно МКБ-10 (1995), черепно-мозговые травмы рассматриваются в разделе «S06 – Внутричерепная травма».

Согласно Международной классификации головных болей Международного общества головной боли (МКГБ МОГБ, 2003), посттравматические головные боли относятся к вторичным ГБ и рассматриваются в части II «Вторичные головные боли» в разделе «Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи». Выделяют следующие клинические формы: острую посттравматическую ГБ; хроническую посттравматическую ГБ; острую ГБ, связанную с хлыстовой травмой; хроническую ГБ, связанную с хлыстовой травмой; ГБ, связанную с травматической внутричерепной гематомой; ГБ, связанные с другими травмами головы и/или шеи и ГБ после краниотомии.

Головная боль – характерный симптом всех форм ЧМТ. Обычно боль возникает сразу (реже – в течение первых двух недель от момента травмы) или, если была потеря сознания, когда к больному возвращается сознание.

При острой ЧМТ причинами ГБ могут быть повреждение мягких тканей головы и шеи, изменения ликвородинамики, а при ушибе мозга или внутричерепной гематоме – структурные изменения с заинтересованностью сосудов, оболочек мозга, чувствительных краниальных и спинальных нервов (З. А. Суслина, М. Ю. Максимова и соавт., 2012, 2014).

Клинически сразу после травмы могут возникать различные болевые ощущения, некоторые из которых протекают по типу первичных ГБ – чаще всего по типу головной боли напряжения; описаны случаи мигрени с аурой или без ауры, пучковой ГБ.

Диагностические критерии по МКГБ МОГБ (2003) предполагают разделение клиники острой и хронической ПТГБ, вызванной умеренной, тяжелой и легкой травмами головы. В основу оценки степени тяжести ЧМТ положены длительность потери сознания с пограничным критерием в 30 минут, показатель по Шкале комы Глазго в 13 баллов, наличие посттравматической амнезии более или менее 48 часов и наличие травматического очага в головном мозге (по данным КТ или МРТ).

Критериями острой ПТГБ по МКГБ (2003, 2013) являются:

- ГБ развивается в течение 7 дней после травмы или сразу после восстановления сознания;
- ГБ прекращается в течение 3 месяцев после травмы;
- ГБ продолжается, но 3 месяцев после травмы еще не прошло.

Когда ГБ сохраняется после 8 недель с момента ЧМТ или возвращения сознания, она расценивается как **хроническая посттравматическая**. Хроническая ПТГБ является частью посттравматического синдрома. В случае присоединения к ГБ головокружения, снижения концентрации внимания, повышенной утомляемости, ухудшения памяти, сна, эмоциональной лабильности, личностных расстройств, общего плохого самочувствия образовавшийся симптомокомплекс расценивается как **постконтузионный синдром** (Н. Н. Яхно и соавт., 2000) или **посттравматический синдром** (по МОГБ, 2003). По своему характеру ПТГБ напоминают головные боли напряжения – тупые, сдавливающие, диффузные, усиливающиеся при физической или умственной нагрузке или эмоциональном напряжении, метеозависимые.

Патогенез хронической ПТГБ не совсем ясен. Отсутствие корреляции между тяжестью ЧМТ и наличием очаговых изменений при КТ головного мозга, с одной стороны, и наличием и интенсивностью ГБ, с другой, подтверждает мнение о том, что ГБ не связана со структурными повреждениями мозга вследствие травмы. Ведущее значение может иметь напряжение перикраниальных мышц, что позволяет расценить данный вид боли как головные боли напряжения (Н. Н. Яхно и соавт., 2000). Установлены факторы, определяющие плохой прогноз восстановления после травмы головы и хлыстовой травмы. Так, женщины больше предрасположены к развитию ПТГБ, а у лиц старшего возраста восстановление происходит медленнее и чаще наблюдаются остаточные явления. Механические факторы, такие как положение головы во время травмы – наклон или ротация, повышают риск развития ГБ в посттравматическом периоде (МКГБ, 2003).

Критериями хронической ПТГБ по МОГБ (2003) являются:

- ГБ развивается в течение 7 дней после травмы или сразу после восстановления сознания;

- ГБ сохраняется в течение более 3 месяцев после травмы.

Неоднократно отмечалось, что хроническая ПТГБ сравнительно редко наблюдается у тех, кто перенес тяжелую ЧМТ и получил стойкую инвалидность вследствие двигательных, интеллектуальных или других нарушений. Значительно чаще ГБ отмечается у пациентов, перенесших легкую ЧМТ, не получивших инвалидность и вернувшихся к работе (О. В. Воробьева, 1998, 1999; Н. Н. Яхно и соавт., 2000; МОГБ, 2003). Предполагается, что данный контингент пациентов не может после травмы так же справиться со своими обязанностями, как до травмы, что создает стрессовую ситуацию, приводит к повышению уровня тревоги и депрессии (если они были ранее), вызывает напряжение перикраниальных мышц, появление или усиление ГБ. Важное значение в развитии хронических ПТГБ имеют события, связанные с обстоятельствами травмы, судебные разбирательства, рентные установки. Показано, что в странах, где пострадавшие в автомобильных авариях получают денежную компенсацию, частота ПТГБ ниже (МОГБ, 2003).

Целью проведенной работы являлось изучение особенностей клинической картины, эмоционального статуса и когнитивных функций, а также оценка качества жизни у мужчин молодого и среднего возраста с посттравматической головной болью, что необходимо для объективной экспертной оценки черепно-мозговой травмы.

♦ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 19 мужчин с посттравматической цефалгией, находившиеся на лечении в Санатории МВД РФ «Нальчик» и ГБУЗ ГКБ № 1 г. Нальчик за период с 2011 по 2015 год.

Неврологический статус исследовался по классической схеме обследования неврологического больного. Нозологическая принадлежность определялась в соответствии с Международной классификацией головных болей (МОГБ, 2003) и Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10, 1995). Статистическая обработка материала проводилась с помощью Excel 2007.

Помимо стандартного неврологического осмотра и параклинических методов обследования, всем пациентам проводилась оценка эмоционального статуса и когнитивной сферы.

Выраженность болевого синдрома оценивалась с помощью четырехсоставной визуально-аналоговой шкалы

боли (ВАШ; Quadruple Visual Analogue Scale), позволяющей характеризовать «размах» субъективных болевых ощущений в процессе заболевания (по А. Н. Беловой, 2002) и с помощью шкалы «Оценка боли, функционального и экономического состояния при хронических лицевых и головных болях». Данная шкала представляет собой модифицированную с учетом специфики головных и лицевых болей шкалу «Оценка боли, функционального и экономического состояния при хронических болях в спине» (Assessment of Pain, Functional and Economic Status in Chronic Back Patients, R. G. Watkins et al., 1986; А. Н. Белова, 2002).

Батарея тестов для оценки эмоционального статуса больных с посттравматической ГБ включала в себя самоопросники – шкалу депрессии, адаптированную в НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева Т. И. Балашовой, госпитальную шкалу тревоги и депрессии, опросники «Восстановление локуса контроля» и «Индекс общего психологического благополучия» (по А. Н. Беловой и О. Н. Щепетовой, 2002).

Комплекс проведенного **нейропсихологического обследования** для оценки когнитивных нарушений включал в себя следующие методики: мини-исследование умственного состояния (Mini-Mental State Examination, MMSE), запоминание цифр в прямом и обратном порядке по Векслеру (по А. Н. Беловой и О. Н. Щепетовой, 2002), исследование кратковременной памяти по методу А. Р. Лурия (тест 10 слов; по А. Р. Лурия, 1973) и пробу Шульте (по С. Я. Рубинштейн, 1970).

♦ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованы 19 пациентов с ЧМТ в анамнезе в возрасте от 24 до 58 лет – средний возраст группы ($38,7 \pm 11,1$) года.

При постановке диагноза использовались: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр (МКБ-10, Женева: ВОЗ, 1995) и Международная классификация головных болей Международного общества головной боли (МКГБ МОГБ, 2003 и 2013).

По возрасту обследованные пациенты с ПТГБ распределились следующим образом: 20–29 лет – 5 человек (26,3%), 30–39 лет – 6 человек (31,6%), 40–49 лет – 4 человека, 50–59 лет – 4 пациента (рис. 1). Из представленной диаграммы видно, что ПТГБ достаточно равномерно встречалась в любом возрасте, с незначительным преобладанием мужчин в возрасте до 40 лет (11 пациентов; 57,9%).

По национальному составу в группе больных с ПТГБ было 9 русских мужчин (47,4%), 5 кабардинцев (26,3%), три ингуша и два армянина (рис. 2).

Длительность заболевания колебалась в широких пределах – от 2 до 20 лет и в среднем по группе составила ($10,8 \pm 4,7$) года.

До 5 лет ГБ страдали 2 пациента, 5–10 лет – 5 пациентов (26,3%), 10–15 лет – 9 пациентов (47,4%), 15–20 лет – 3 пациента.

Наименьший стаж заболевания составил 2 года (один пациент в возрасте 24 года), наибольший – 20 лет (также один больной в возрасте 58 лет) (рис. 3). Из представленной диаграммы следует, что основной контингент обследованных нами мужчин длительно страдал ГБ – 14 человек (73,7%).

Все обследованные нами пациенты этой группы перенесли ЧМТ различной степени тяжести. На основании анамнеза, характера и механизма ЧМТ пациенты могут быть разделены на 3 подгруппы:

- перенесшие сотрясение головного мозга бытового характера (падения с высоты, в том числе с высоты собственного роста, удары по голове) – 8 человек (42,1%);

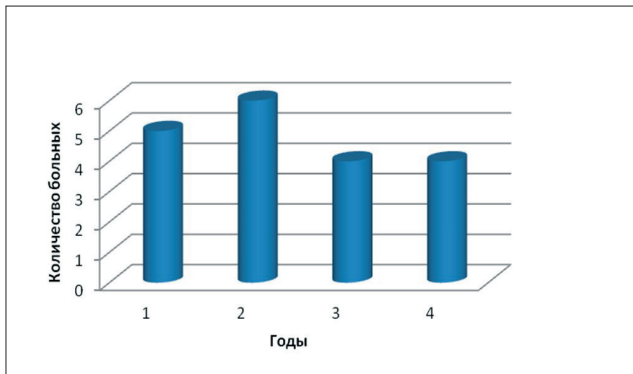


Рис. 1. Распределение по возрасту больных с посттравматической головной болью, $n = 19$

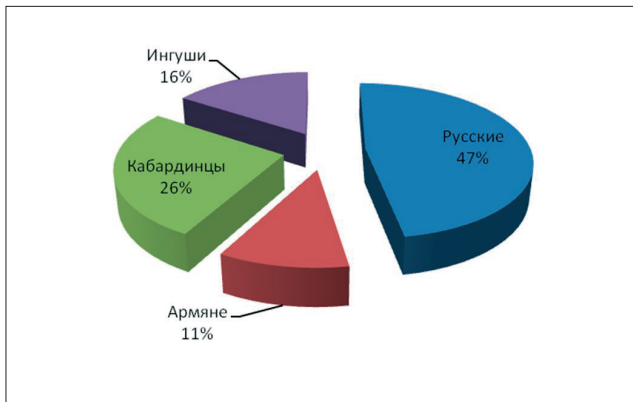


Рис. 2. Национальность больных с посттравматической головной болью, $n = 19$

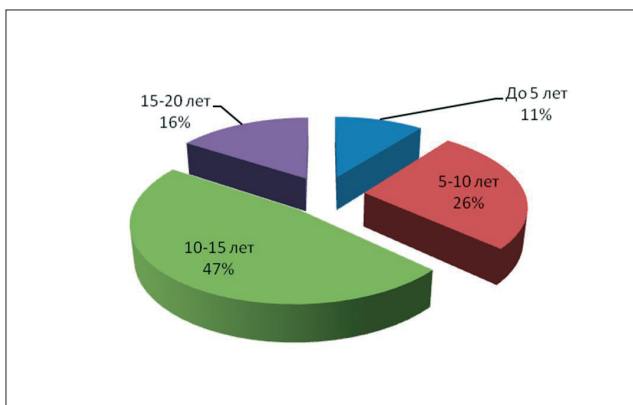


Рис. 3. Длительность заболевания у пациентов с посттравматической головной болью, $n = 19$

- перенесшие тяжелую открытую или закрытую ЧМТ вследствие автомобильной аварии, сопровождавшуюся ушибом головного мозга, травматическим субарахноидальным кровоизлиянием или травматической гематомой, поражением черепных нервов, переломом костей черепа и лицевого скелета, с трепанацией черепа – 5 пациентов (26,3%). Из этой подгруппы больных двое (водители) попадали в автоаварии с ЧМТ дважды;

- перенесшие минно-взрывную травму, сопровождавшуюся сотрясением или ушибом головного мозга, переломом костей черепа или лицевого скелета, разрывом черепных нервов, огнестрельными и осколочными ранениями туловища и конечностей – 6 человек (31,6%).

У всех обследованных нами пациентов головные боли появлялись либо сразу после травмы (при тяжелой травме) либо постепенно в течение 3 месяцев, сохраняясь в различной степени выраженности до настоящего времени, в связи с чем во всех 19 случаях она классифицировалась как хроническая ПТГБ, входящая в состав посттравматического синдрома.

С социальной точки зрения все обследованные мужчины имели среднее и высшее образование. Пациенты второй и третьей подгрупп (11 человек, 57,9%) регулярно обращались к неврологу или терапевту, неоднократно лечились стационарно. Все они имели 2 или 3 группу инвалидности по общему заболеванию. Пациенты, перенесшие сотрясение головного мозга (в основном в детстве или в юности) к неврологу не обращались, периодически лечились самостоятельно по советам родственников или «по Интернету». Основными средствами купирования головной боли являлись типичные для обследованных нами мужчин средства – НПВС, парацетамол, алкоголь, отдых и сон.

Жалобы обследованных больных с ПТГБ отражены в таблице 1. В целом можно сказать, что описываемый пациентами характер головной боли соответствовал диагностическим критериям МОГБ (2003) и литературным данным, что подтверждало имеющийся диагноз.

Сопутствующие и перенесенные заболевания, выявленные у обследованных нами пациентов, отражены в таблице 2.

Помимо головной боли, послужившей причиной настоящей госпитализации, из других неврологических заболеваний у обследованных нами пациентов выявлялись: хроническая ишемия головного мозга – 4 человека, подтвержденный рентгенологически остеохондроз и спондилоартроз позвоночника с синдромами цервикалгии и дорсалгии – 9 человек (47,4%), межпозвоночные грыжи дисков в шейном отделе позвоночника – 5 человек (26,3%), генерализованные эпилептические припадки – 3 человека, нейросенсорная тугоухость вследствие травматического поражения вестибуло-кохлеарного нерва – 4 пациента, травматическая невралгия лицевого нерва – 3 пациента, травматическая невралгия большеберцового и малоберцового нервов – 1 человек, посттравматическое стрессовое расстройство (по заключению психиатра) – 4 человека.

Все пациенты обследовались по стандартной схеме обследования неврологического больного.

Неврологические симптомы и синдромы, выявленные у обследованных больных, отражены в таблице 3. На основании данных этой таблицы можно сделать вывод о том, что, помимо собственно головной боли, в неврологическом статусе обследованных больных выявлялась очаговая неврологическая симптоматика, отражающая как поражение различных отделов головного мозга, так и травматическое поражение периферической нервной системы.

Оценка выраженности болевого синдрома у больных с ПТГБ

При определении уровня боли по ВАШ в целом по группе уровень боли на момент исследования определялся в среднем на $(5,8 \pm 2,3)$ балла; средний уровень боли – $(4,7 \pm 1,4)$ балла; максимальный уровень боли – 10 баллов (у одного пациента).

При оценке выраженности болевого синдрома по шкале «Оценка боли» интенсивность приступа в среднем оценивалась на $(4,2 \pm 1,2)$ балла. В период обострения заболевания, проявлявшегося в виде усиления головной боли и углубления очаговой неврологической симптоматики, степень трудоспособности и бытовой активности пациентов существенно снижалась, 11 из обследованных

Таблица 1

Жалобы больных с ПТГБ, n = 19

	Жалобы	Количество больных	%
1	Постоянные диффузные головные боли, в том числе ночные	8	42,1
2	Периодические головные боли	11	57,9
3	Локализация боли:		
	диффузная	8	42,1
	лоб, висок	3	-
	заглазничная	1	-
	затылок	5	26,3
	половина головы	2	-
4	Характер боли:		
	меняющаяся	11	57,9
	пульсирующая	4	-
	давящая	12	63,2
	распирающая	5	26,3
	тяжесть в голове	7	36,8
5	Светобоязнь	2	-
6	Звукобоязнь	2	-
7	Тошнота, рвота	4	-
8	Нарушение сна	10	52,6
9	Снижение памяти, внимания, скорости мышления	11	57,9
10	Эпилептические припадки	3	-
11	Снижение слуха	4	-
12	Асимметрия лица	3	-
13	Головокружение, шаткость при ходьбе	11	57,9
14	Слабость в конечностях	4	-
15	Лицевая боль	1	-
16	Падения с потерей сознания	4	-
17	Чувство беспокойства, эмоциональная лабильность, раздражительность, негативизм, страхи	16	84,2
18	Боли в позвоночнике, суставах	9	47,4

пациентов (57,9%) регулярно брали больничный лист или ложились в стационар для лечения.

Оценка когнитивных функций у больных с ПТГБ

При выполнении теста MMSE в среднем по группе определялся низкий с учетом возраста пациентов, но нормальный уровень – (26,7 ± 2,9) балла. Так же, как и в работах других исследователей (С. Е. Григорьева, 2007; О. Н. Фищенко, 2010), наибольшие затруднения при выполнении данного теста вызывали следующие инструкции: на внимание и счет – «вычитание из 100 по 7 пять раз»; задания на восприятие и память (непосредственное и отсроченное воспроизведение трех заученных слов); повторение сложного предложения («никаких если, но или нет») и срисовывание рисунка (два пересекающихся пятиугольника).

В то же время у 5 из обследованных мужчин (26,3%), перенесших тяжелую ЧМТ, отмечались признаки грубого

когнитивного дефицита от пограничного уровня в 24 балла (3 человека) до 20 баллов (2 человека).

В процессе исследования слухо-речевой памяти с помощью теста «10 слов» А. Р. Лурия больные с ГБН, несмотря на молодой возраст, в среднем запоминали (6,6 ± 1,9) слова за пять предъявлений. Дефектами при выполнении данной пробы можно считать: малое количество слов, воспроизводимых за одно предъявление; медленный прирост количества слов в процессе заучивания; повторения и «лишние» слова, которые больные вставляли в серию.

При выполнении пробы Векслера на внимание и слуховую память на цифры пациенты правильно называли в прямом порядке в среднем (54,1 ± 6,4) цифры (при максимально возможных 60), в обратном – (41,1 ± 11,5) цифры (при максимально возможных 50).

Таблица 2

Сопутствующие и перенесенные заболевания у больных с ПТГБ, n = 19

	Заболевания	Количество больных	%
1	Заболевания ЛОР-органов (хронический гайморит, этмоидит, ринит, отит)	4	-
2	Заболевания органов зрения	5	26,3
3	Гипертоническая болезнь	9	47,4
4	ИБС: стенокардия напряжения, нарушение ритма	5	26,3
5	Заболевания желудочно-кишечного тракта	12	63,2
6	Урологические заболевания	3	-
7	Сахарный диабет 2 типа	2	-
8	Инфекционные болезни в анамнезе	2	-
9	Заболевания щитовидной железы (узловой зоб, тиреоидит)	2	-

При оценке внимания и работоспособности с помощью пробы с таблицами Шульце пациенты в среднем выполняли одну таблицу за $(41,5 \pm 3,4)$ с (норма). Типичными дефектами выполнения данной пробы считаются пропуск числа и называние одного и того же числа дважды.

Оценка психологического статуса и качества жизни у больных с ПТГБ

При оценке эмоционального статуса пациентов с ПТГБ с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии, несмотря на тяжесть перенесенной ЧМТ у практически половины пациентов, в целом по группе отмечалось отсутствие тревоги – $(6,3 \pm 4,4)$ балла по шкале тревоги – и отсутствие депрессии – $(7,1 \pm 2,98)$ балла по шкале депрессии.

Тем не менее при детальном анализе шкалы тревоги повышенный уровень тревоги был выявлен у 6 (31,6%) из 19 обследованных пациентов: у 2 больных выявлялся субклинический уровень тревоги и у 4 пациентов – клинически выраженный уровень тревоги.

Детальный анализ шкалы депрессии выявил депрессию у 7 пациентов (36,8%), из них субклинически выраженная депрессия отмечалась у 4 больных и клинически выраженная депрессия – у 3.

У 2 пациентов из 19 обследованных отмечалось одновременное повышение обоих показателей до уровней субклинической и клинической тревоги и депрессии.

При анализе уровня депрессии по шкале депрессии Научно-исследовательского института психоневрологии им. В. М. Бехтерева в целом по группе также было зафиксировано состояние без депрессии – $(44,6 \pm 10,4)$ балла.

В то же время у 4 пациентов из группы была выявлена легкая депрессия (50–59 баллов) и у 2 – субдепрессивное состояние (60–69 баллов).

У 4 из обследованных пациентов с ПТГБ депрессия, выявленная по данной шкале, совпадала с патологией по двум шкалам госпитальной шкалы тревоги и депрессии различной степени выраженности; кроме того, у них отмечались крайне низкие (до 21 балла) уровни локуса контроля и низкие уровни по шкале MMSE (до 20 баллов), что свидетельствует о выраженном когнитивном дефиците. Ранее все эти пациенты, перенесшие минно-взрывную травму, были консультированы психиатром и имели выставленный диагноз посттравматического стрессового расстройства, в связи с чем получали специализированную терапию.

Анализ полученных результатов в сравнении с данными обследованных ранее пациентов с лицевыми болями

травматического генеза (в результате бытовых травм: побои, уличные драки, падения с высоты в сочетании с сотрясением головного мозга) показал, что выраженность тревожных настроений и депрессии также оказалась не столь значительна, как при других формах головных и лицевых болей, что можно объяснить относительно молодым возрастом пациентов и, несмотря на полученную ЧМТ, надеждами на полное излечение (Т. Ю. Хохлова, И. Л. Далелова, 2015).

Оценка качества жизни у больных с ПТГБ

В последние годы значительно возрос интерес отечественных ученых к понятию «качество жизни» в приложении к различным заболеваниям (Т. Ю. Хохлова, И. Л. Далелова, 2015). При этом именно качество жизни рассматривается как интегральная характеристика, на которую надо ориентироваться при оценке реабилитации больных и инвалидов – это целостная характеристика физического, психического, эмоционального и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии. Иными словами, это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» отражает группы критериев, характеризующих здоровье: физические, психологические и социальные, причем каждая из этих групп включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и субъективно. Для понятия «качество жизни, связанное со здоровьем» принципиальными и основополагающими являются следующие три признака: многомерность, изменчивость во времени (динамика во времени в зависимости от состояния пациента), участие больного в оценке собственного состояния (самооценка пациентом состояния представляется в настоящее время особенно ценным показателем его общего состояния) (А. Н. Белова, О. Н. Щепетова, 2002).

Индекс общего психологического благополучия, отражающий качество жизни обследованных больных, в целом по группе был достаточно низким – $(70,6 \pm 11,9)$ балла. При этом его выраженность совпадала с данными шкал для выявления тревоги и депрессии – максимально низким (до 34 баллов) он был у пациентов с клинически выраженными тревогой и депрессией.

С целью оценки мотивации больного к выздоровлению используется понятие «локус контроля», под которым принято понимать оценку степени, в которой пациент считает себя контролирующим свою судьбу. Опросник «Восстановление локуса контроля» (Recovery

Таблица 3

Основные неврологические синдромы у больных с ПТГБ, n = 19

	Симптомы	Количество больных	%
1	Эмоциональная лабильность	16	84,2
2	Нарушения памяти	11	57,9
3	Нарушение функций ЧМН, из них:		
4	Глазодвигательная группа (слабость реакции конвергенции, фотореакций, анизокория, асимметрия глазных щелей, неведение глазных яблок до наружных спаек)	10	52,6
5	Тройничный нерв (гипестезия половины лица)	1	-
6	Лицевой нерв (асимметрия лица)	3	-
7	Вестибуло-кохлеарный нерв (гипоакузия, головокружение)	4	-
8	Подъязычный нерв	-	-
9	Нарушения двигательной сферы	3	-
	Гемипарез	1	-
	Парез малоберцового нерва	1	-
	Парез большеберцового нерва	1	-
10	Мозжечковые расстройства, в том числе:	16	84,2
	Нистагм	5	26,3
	Статическая атаксия	8	42,1
	Динамическая атаксия	7	36,8
11	Нарушения рефлекторной сферы (анизорефлексия, гиперрефлексия, арефлексия)	11	57,9
12	Нарушение чувствительности	6	31,6
	Гемигипестезия	1	-
	Невритический тип	3	-
	Полиневропатия	2	-
13	Болезненность по ходу паравerteбральных точек	11	57,9
14	Дефанс мышц шеи на стороне головной боли	7	36,8
15	Вегетативная лабильность	16	84,2

Locus of Control, C. Patridge, M. Johnstone, 1989) позволяет косвенно оценить уровень мотивации больного к выздоровлению и основан на учете мнения пациента о его собственной роли в выздоровлении.

Локус контроля в целом по группе у больных с ПТГБ также был низким – (24,6 ± 4,2) балла, достигая минимума в 21 балл у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством.

Низкие баллы, набранные при опросе по шкалам «Восстановление локуса контроля» и «Индекс общего психологического благополучия», отражают особенности психологического статуса больных с ПТГБ, что входит в некоторое противоречие с невыраженными уровнями тревоги и депрессии.

Все это безусловно должно учитываться при подборе медикаментозных препаратов и выборе тактики общения с этой группой пациентов.

Таким образом, лечение пациентов с ПТГБ представляет собой сложную многокомпонентную систему, включающую в себя не только непосредственное купирование болевого синдрома, но и коррекцию эмоциональных

нарушений, лечение основного заболевания и сопутствующих соматических заболеваний. Устранение всех вышеизложенное также позволит повысить качество проводимых судебно-медицинских экспертиз потерпевших с черепно-мозговыми травмами.

♦ ЛИТЕРАТУРА

1. Схема нейропсихологического исследования (учебное пособие) / под ред. А. Р. Лурия. – М., 1973. – 59 с.
2. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников / под ред. А. Н. Беловой и О. Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
3. Воробьева О. В. После – не значит вследствие. О посттравматических головных болях // Медицина для всех. Головная боль. – 1998. – № 4 (10). – С. 21–22.
4. Воробьева О. В., Вейн А. М. Посттравматические головные боли // Consillium medicum. – 1999. – № 1 (2). – С. 73–75.
5. Международная классификация головных болей. Полная русскоязычная версия. – МОГБ, 2003. – 380 с.

6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. В 3-х томах. 10-й пересмотр (МКБ-10). – Женева: ВОЗ, 1995.
7. Мелкумова К. А., Подчуфарова Е. В. Когнитивные расстройства у пациентов с хроническими болевыми синдромами // Материалы тезисов V конференции молодых ученых России с международным участием «Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины». – М., 2008. – С. 285–286.
8. Наприенко М. В. Терапия танаканом когнитивных, вегетативных расстройств и головной боли у молодых пациентов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 6. – С. 38–41.
9. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М., 1970. – 215 с.
10. Суслина З. А., Максимова М. Ю., Синева Н. А., Водопьянов Н. П., Хохлова Т. Ю. Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы и нейростоматологии. – М.: Практика, 2014. – 253 с.
11. Суслина З. А., Максимова М. Ю., Синева Н. А., Водопьянов Н. П., Хохлова Т. Ю. Частная неврология. – М.: Практика, 2012. – 272 с.
12. Хохлова Т. Ю., Далелова И. Л. Особенности эмоциональной сферы и высших корковых функций у больных с головными и лицевыми болями травматического и нетравматического генеза // Медицинская экспертиза и право. – 2015. – № 2. – С. 20–26.
13. Шток В. Н. Головная боль. – М.: МИА, 2007. – 465 с.
14. Яхно Н. Н., Парфенов В. А., Алексеев В. В. Головная боль. – М.: Р-Врач, 2000. – 150 с.
- Medicina dlja vseh. Golovnaja bol. – 1998. – № 4 (10) – S. 21–22. (In Russian)
4. Vorob'eva O. V. Posttravmaticheskie golovnye boli / O. V. Vorob'eva, A. M. Vejn // Consillium medicum. – 1999. – № 1 (2). – S. 73–75. (In Russian)
5. Mezhdunarodnaja klassifikacija golovnyh bolej. Polnaja russkojazychnaja versija. – MOGB, 2003. – 380 s. (In Russian)
6. Mezhdunarodnaja statisticheskaja klassifikacija boleznj i problem, svjazannyh so zdorov'em. V 3-h tomah. 10-j peresmotr (МКБ-10). – Zheneva: VOZ, 1995. (In Russian)
7. Melkumova K. A., Podchufarova E. V. Kognitivnye rasstrojstva u pacientov s hronicheskimi bolevymi sindromami // Materialy tezisov V konferencii molodyh uchenyh Rossii s mezhdunarodnym uchastiem «Fundamental'nye nauki i progress klinicheskoy mediciny». – M., 2008. – S. 285–286. (In Russian)
8. Naprienko M. V. Terapija tanakanom kognitivnyh, vegetativnyh rasstrojstv i golovnoj boli u molodyh pacientov // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2014. – № 6. – S. 38–41. (In Russian)
9. Rubinshtejn S. Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt primeneniya ih v klinike (Prakticheskoe rukovodstvo). – M., 1970. – 215 s. (In Russian)
10. Suslina Z. A., Maksimova M. Ju., Sineva N. A., Vodop'janov N. P., Hohlova T. Ju. Rukovodstvo k prakticheskim zanjatijam po topicheskoj diagnostike zabolevanij nervnoj sistemy i nejrostomatologii. – M.: Praktika, 2014. – 253 s. (In Russian)
11. Suslina Z. A., Maksimova M. Ju., Sineva N. A., Vodop'janov N. P., Hohlova T. Ju. Chastnaja nevrologija. – M., Praktika, 2012. – 272 s. (In Russian)
12. Hohlova T. Ju. Osobennosti jemocional'noj sfery i vysshih korkovyh funkcij u bol'nyh s golovnymi i licevymi boljami travmaticheskogo i netravmaticheskogo geneza / T. Ju. Hohlova, I. L. Dalelova / Medicinskaja jekspertiza i pravo. – 2015. – № 2. – S. 20–26. (In Russian)
13. Shtok V. N. Golovnaja bol. – M., MIA, 2007. – 465 s. (In Russian)
14. Jahno N. N., Parfenov V. A., Alekseev V. V. Golovnaja bol. – M., R-Vrach, 2000. – 150 s. (In Russian)

Для корреспонденции:

ХОХЛОВА Татьяна Юрьевна – к.м.н, доцент кафедры нервных болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России • chochl@yandex.ru

ДАЛЕЛОВА Индира Леонидовна – соискатель кафедры нервных болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России • indira.dalelova@mail.ru

БАРИНОВ Евгений Христофорович – д.м.н., профессор кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права РУДН • ev.barinov@mail.ru