

НЕЙРОЛИНГВИСТИКА

УДК 81'33+616.8-009.7

**ДЕСКРИПТОРЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПАЦИЕНТАМИ
С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ДЛЯ ОПИСАНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ***О.Р. Есин, Е.А. Горобец, Н.В. Токарева***Аннотация**

Статья посвящена актуальной междисциплинарной проблеме, связанной с вербальным описанием головной боли пациентами с неврологическими заболеваниями. В статье представлены слова-дескрипторы, зафиксированные в результате свободных бесед с пациентами, которые разделены на три группы в соответствии с выбираемым ими способом описания головной боли. Выделенные дескрипторы включены в общую базу данных, на материале которой разрабатываются опросники, описывающие наиболее типичные виды головной боли. Разработка и уточнение болевых опросников осуществляются в рамках персонифицированного подхода к пациентам. В особенности эти вспомогательные материалы необходимы билингуам и полилингуам, а также пациентам с алекситимичными чертами и речевыми расстройствами. Сделан вывод об актуальности проблемы частеречной принадлежности дескрипторов.

Ключевые слова: альгология, нейролингвистика, клиническая лингвистика, головная боль, дескрипторы.

В Казанском федеральном университете на базе отделения неврологии № 1 Республиканской клинической больницы № 2 Министерства здравоохранения Республики Татарстан кафедрой прикладной лингвистики проводятся исследования на стыке альгологии и лингвистики, связанные с особенностями описания головной боли пациентами с неврологическими заболеваниями. В базе данных, сформированной в процессе исследования, содержатся материалы опроса 413 пациентов, которые предъявляли жалобы на головную боль (в период с 2010 г. по июнь 2014 г.). Интервьюирование включало в себя свободную беседу и тестирование по макгилловскому болевому опроснику (см. [1]).

В настоящей статье изложены результаты анализа свободных бесед. В ближайшем будущем планируется публикация серии статей по переводу макгилловского болевого опросника на русский и татарский языки и последующая валидация русскоязычной и татароязычной версии (работа ведётся с разрешения автора опросника профессора Рональда Мелзака) [2]. Макгилловский опросник предназначен преимущественно для врачей-неврологов, и при его использовании

принципиально важна точность перевода, что требует совместной работы врачей и лингвистов в данном направлении. Опросник состоит из двадцати блоков, сгруппированных по тематическому признаку. Каждый блок выстроен из дескрипторов, расположенных по принципу нарастания признака, и эту градацию необходимо воспроизводить при переводе максимально точно. Существует также краткая версия макгилловского болевого опросника [3], но она даёт менее развёрнутую картину болевых ощущений.

Головная боль – одна из самых частых проблем в медицинской практике. В различные периоды жизни жалобы на головную боль предъявляет практически каждый человек вне зависимости от пола, возраста, образования, места проживания и рода занятости. Некоторые виды головной боли полностью нарушают нормальную жизнь пациента (например, пациенты с мигренью в силу мучений, доставляемых болью, часто не способны вести полноценную личную, семейную и общественную жизнь).

Наиболее часто встречаются четыре типа головной боли:

- 1) головная боль напряжения;
- 2) мигрень с аурой (МСА) или без (МБА);
- 3) кластерная головная боль;
- 4) головная боль при избыточном применении лекарственных анальгетиков (абузусная головная боль).

У одного пациента могут встречаться несколько типов головной боли. Все эти цефалгии вызывают дезадаптацию и снижают качество жизни пациентов [4, с. 12].

В процессе выявления причины возникновения головной боли в первую очередь необходимо собрать максимально полный и чёткий анамнез. Основной сложностью при получении информации в данной ситуации является то, что диагноз во многом опирается на личные ощущения пациента, для измерения которых нет однозначно эффективных методик. Разработаны и используются в неврологической практике болевые опросники (The McGill Pain Questionnaire [1], болевая шкала LANNS [5], опросник нейропатической боли DN4 [6] и т. д.), шкалы депрессии и тревоги (The hospital anxiety and depression scale (HADS) [7], The Kessler Psychological Distress Scale (K10) [8] и т. д.), однако зачастую ощущения пациентов и предъявляемые ими жалобы лежат за пределами предлагаемых тестов и шкал, поэтому набор слов-дескрипторов и фраз-дескрипторов, которые помогают определить характер боли (ноцицептивный, нейропатический или смешанный), должен пополняться и расширяться.

На кафедре прикладной лингвистики Казанского федерального университета ведётся работа по формированию базы данных таких болевых дескрипторов. На данный момент в базе содержится 264 монословных дескриптора и 70 описательных конструкций. Интервьюеры (врачи-неврологи и нейролингвисты) проводят беседы с пациентами, предъявляющими жалобы на головную боль, обрабатывают материалы интервью и вносят их в сводную базу – на её основе в настоящее время осуществляется процедура разработки развернутых болевых опросников, конечной целью создания которых является максимально эффективная и оперативная помощь пациентам.

В ходе свободной беседы интервьюеры задают пациентам вопросы, связанные не только непосредственно с головной болью, но и с выявлением сопутствующих факторов, поскольку некоторые виды головной боли обусловлены именно ими. Так, мигрень в настоящее время трактуется как мультифакторное заболевание, в провокации приступов которого участвуют стресс, пищевые погрешности, нарушение режима сна и отдыха, изменения атмосферного давления, смена часовых поясов, колебания уровня гормонов, состояние окружающей среды и генетические факторы [4, с. 6, 16]. Важно выяснить, не сопровождаются ли головную боль тошнота, рвота, диарея или осмофобия (нетипичная реакция на запахи) [9].

На просьбу описать головную боль пациенты реагируют по-разному. Редко кто отказывается от ответов на вопросы, однако получить адекватное и точное описание удаётся в немногих случаях. Наиболее частые варианты реакций можно объединить в следующие группы.

I. Пациент пытается охарактеризовать свою головную боль, подменяя описание болевых ощущений диагнозом.

1. Отрывок из свободной беседы № 1:

– *А как голова болит у вас?*

– **Инсульт.**

– *И всё-таки поподробнее.*

– *Вот когда **инсульт**... (держится за голову слева)*

– *Но какая боль? Попробуйте описать, какая именно.*

– *Ох, не знаю... ну, что? **Инсультная?** (пациент А., 69 л., повторный ишемический инсульт в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ), инфаркт ствола мозга с грубым бульбарным синдромом (дисфагия, дисфония, дизартрия), правосторонним гемипарезом, гемигипестезией, выраженным цереброастеническим синдромом).*

2. Отрывок из свободной беседы № 2:

– *У меня, доктор, **гипертоническая** боль. Типичная такая, знаете, гипертоническая боль. Я хорошо знаю – у меня в роду все гипертоники. И я тоже.*

– *А какая она, гипертоническая боль? Попробуйте её точно описать, ответить прямо на вопрос «какая».*

– *Я и сказал уже, какая. Это очень точно.*

– *Но не у всех гипертоников боль одинаковая.*

– *Вам виднее, но я думаю, что у всех (пациент В., 74 г., геморрагический инсульт, внутримозговая гематома левой лобной доли с правосторонним гемипарезом; стойкие остаточные явления неоднократных ишемических инсультов в бассейне левой средней мозговой артерии (СМА), ВББ с умеренным бульбарным синдромом, дисфагия, дизартрия, психоорганический синдром, гипертоническая болезнь, 3 стадия, риск 4).*

3. Отрывок из свободной беседы № 3:

– *Моя боль – **мигрень**.*

– *А расскажите, что вы чувствуете при приступе мигрени. Какая у вас боль по силе, по интенсивности, по качеству?*

– *Такая **мигренозная**. Или **мигренистая** – как правильно-то?*

– *Мигренозная (пациентка Г., 47 л., транзиторная ишемическая атака в ВББ, острая гипертоническая энцефалопатия).*

II. Пациент пытается охарактеризовать свою головную боль, заменяя описание боли описанием головокружения, общей дурноты, тошноты, потери равновесия.

1. Отрывок из свободной беседы № 4:

– Как именно болит?

– Вот я не смогла, ко мне тоже приходила врач... я не могу Вам объяснить. Вот болит, шум... плохо сплю, а сон у меня такой поверхностный... **кружится... голова кружится.**

– Болит или кружится?

– Не знаю я даже. **Мотает.** Я вот как-то... **качаюсь.** Особенно когда пытаюсь встать...

– А предметы вокруг вас вращаются?

– Крутятся скорее.

– В какую сторону?

– Нет, не в сторону... вообще. Туда-сюда.

– Но боль-то есть?

– Ну да.

– А как она болит, голова, где именно?

– Я ведь только что вам рассказала (пациентка Г., 76 л., малый ишемический инсульт в правой СМА с преходящим левосторонним гемипарезом, гемигипестезией, тревожное расстройство).

2. Отрывок из свободной беседы № 5:

– Голова у меня болит, **кружится она. По прямой идти трудно, шатает, мотает...**

– А где боль? Показать можете?

– Ну, как я покажу – **кружится...** (пациент Х., 63 г., повторный ишемический инсульт, предположительно атеротромботический подтип, в бассейне правой мозговой артерии с левосторонним нижним монопарезом, постишемическая киста правой лобной доли).

3. Отрывок из свободной беседы № 6:

– Вот я... **тошнит, тошнит** – голова болит... что... **тошнит.**

– Голова болит? Сильно?

– М-м... да...

– А сама боль какая?

– **Тошнит,** вот... такая.

– Тупая?

– Нет.

– Острая?

– Не-ет.

– Режущая?

– Нет, **тошнит** меня... болит... где голова (пациентка У., 68 л., повторный ишемический инсульт в бассейне левой СМА, кардиоэмболический подтип, моторная афазия, пространственная агнозия, психоорганический синдром, когнитивные нарушения).

III. Пациенты пытаются дать собственное описание болевых ощущений, подбирая конкретное слово или давая развёрнутое описание.

1. – *Боль... боль **болящая**. Вот болит, болит... **Давит**. Да, давит. Но больше болит. Больше не могу сказать. Слева (показывает) (пациентка С., 78 л., транзиторная ишемическая атака в ВББ с правосторонней статической атаксией, хроническая ишемия головного мозга с вестибулярной симптоматикой, хроническая головная боль напряжения, сочетающаяся с напряжением перикраниальной мускулатуры).*

2. – ***Горячая** боль – это прямо точно-точно. Сначала горит то место, где болит. Потом всё лицо гореть начинает. Вот сейчас у меня именно так болит. Красное у меня лицо? <...>*

– *Ещё вот давит. Значит, **давящая**. Но запишите не «**давящая**», а «**глухо давящая**». Ухо закладывает ещё (пациентка Г., 76 л., малый ишемический инсульт в правой СМА с преходящим левосторонним гемипарезом, гемигипестезией, тревожное расстройство).*

3. – ***Угнетающая** у меня боль, **угнетающая**. В ступор вводит (пациентка К., 78 л., церебральная микроангиопатия, транзиторная глобальная амнезия).*

4. – *Боль у меня это... ну вот (жесты)... как это... **когда лампочку вворачивают**.*

– *Выкручивающая?*

– *Нет, скорее **вкручивающая**. Да, **вкручивающая**. **Штопор! Штопор!** Ну, вспомнила. **Как будто штопором в пробку, а пробка-то – моя голова...** (пациентка К., 65 л., ишемический инсульт в ВББ, инфаркт правого полушария мозжечка, неуточнённый подтип, с выраженной статико-динамической атаксией, когнитивные нарушения).*

5. – *Как болит-то? **Вдребезги раскалывает**, значит. **Вы посуду били когда-нибудь? Вот так** (пациентка З., 62 г., транзиторная ишемическая атака в правой СМА с преходящим левосторонним гемипарезом, хроническая ишемия головного мозга, преимущественно в ВББ с вертиго-атактическими проявлениями, нарушением глазодвижений, вегетативной дисфункцией с частыми паническими атаками).*

6. – *В груди боль **жгучая-жгучая**, а вот голова – **мякиной голова набита**. Не сейчас, а когда болит. **Мысль не собрать в слова** (пациентка З., 84 г., ишемический инсульт в ВББ, неуточнённый патогенетический подтип, речь с элементами дизартрии; жалобы на отсутствие речи во время головной боли).*

7. – ***Ватная**, и гулкий шум в ушах, шум, шум, шум. А соображаю, словно... **сквозь чашу простираюсь**. Вот же была мысль – и всё, ушла, опять боль эта. Она **ватная, оупляющая**. Пройдёт это у меня, нет? Я так боюсь: **она когда так болит, я ведь не соображаю. Даже вот мне что-то говорят, я слышу: говорят, а не понимаю что** (пациентка Ц., 61 г., ишемический инсульт в ВББ, неуточнённый патогенетический подтип, умеренная статическая атаксия, хроническая ишемия головного мозга, элементы дизартрии, дисграфия; жалобы на нарушения памяти, забывание простых бытовых слов, выраженная тревога по поводу собственной адекватности).*

8. – *Она начинает болеть, вся начинает, **разламывается** ужасно, и если не выпить таблетку, то терпеть невозможно. Меня тошнит, выворачивает*

наизнанку – не едой, там не идёт ничего, но рвотные позывы. Я могу даже лечь в туалете, голову к чему-то холодному прижать и не шевелиться, потому что любое движение **дико, дико больно**. Даже глаза открыть, не то что встать, дойти до кого-то, сказать, чтобы мне дали таблетку... (пациентка П., 34 г., подострая миогенная дорзальгия, умеренные болевые проявления, мигрень без ауры, хроническая головная боль напряжения, сочетающаяся с напряжением перикраниальной мускулатуры, вероятно связанная с избыточным приёмом лекарственных препаратов).

9. – Как вам сказать... ээ... **немного греющая**.

– Горячая?

– Горячая, это.. знаете, это... это... не то, а это **подогревающая** (пациент Н., 80 л., ишемический инсульт в бассейне левой СМА, неуточнённый патогенетический подтип, с правосторонней гемигипестезией, гемиплегией).

Работа с третьей группой пациентов наиболее продуктивна, поскольку, опираясь на характеристику, которую они дают болям, можно сопоставить эти данные с результатами физикального осмотра и аппаратных медицинских обследований и выработать в перспективе шкалы с готовыми словами-дескрипторами и фразами-дескрипторами для того, чтобы предлагать их последующим пациентам в готовом виде. Наиболее актуально это для пациентов с алекситимичными чертами и для пациентов с речевыми расстройствами.

На территории Республики Татарстан набор таких дескрипторов необходим также и для пациентов-билингвов, в недостаточной степени владеющих русским языком. В Казани среди билингвов доминируют пациенты, владеющие русским и татарским языками приблизительно в одинаковой степени, однако довольно часто приходится интервьюировать пациентов, которые русский язык понимают только на бытовом уровне, и им тяжело как описывать свою боль, так и отвечать на вопросы интервьюера. Значений предлагаемых слов (например, из макгилловского болевого опросника) они зачастую не понимают и, интерпретируя их неверно, выбирают дескрипторы, не соответствующие реальным ощущениям, в связи с чем общая картина болевых ощущений искажается, что может привести в результате к неточностям в постановке диагноза. В настоящий момент осуществляется перевод существующих опросников на татарский язык, назрела необходимость перевода иных болевых опросников с последующей валидацией. В связи с этим на кафедре прикладной лингвистики КФУ начата также работа по формированию базы данных болевых дескрипторов на татарском языке.

В настоящий момент на основе собранных материалов можно сделать также вывод об актуальности проблемы частеречной принадлежности дескрипторов, которые врач предлагает пациенту при сборе анамнеза. Большинство опросников содержат прилагательные и причастия; из 264 монословных дескрипторов, которые включены в нашу базу данных на сегодняшний день, на долю прилагательных и причастий приходится 42% от общего количества единиц. Однако, хотя остальные части речи представлены в меньшем количестве, пациенты используют их, и это надо учитывать в болевых опросниках. Кроме того, пациенты-билингвы, знающие татарский язык лучше, чем русский, легче воспринимают глаголы, чем отглагольные прилагательные и причастия. Так, дескрипторы-

причастия *сверлящая, буравящая, колющая, давящая* и т. д. воспринимаются и понимаются значительно хуже, чем личные глагольные формы *сверлит, буравит, колет, давит*.

Было проведено исследование, в котором принимали участие 42 пациента-билингва, владеющих русским языком только на бытовом уровне, а татарским – свободно. Пациентам предлагались два столбика слов, интервьюер просил отметить галочкой слова, которые подходят к описанию их головной боли. В первом столбике было 10 личных глагольных форм, во втором – 10 образованных от них отглагольных прилагательных и причастий. Только 7 пациентов отмечали и личную форму, и причастную, указывая (устно или письменно), что описывается одна и та же характеристика. Оставшиеся 32 пациента отмечали глагол (128 указаний из 320) практически в два раза чаще, чем соответствующее отглагольное прилагательное или причастие (63 указания из 320).

Работа выполнена за счёт средств субсидии, выделенной Казанскому федеральному университету для выполнения государственного задания в сфере научной деятельности № 2014/57 (НИР № 2830).

Summary

O.R. Esin, E.A. Gorobets, N.V. Tokareva. Verbal Descriptors of Headache Used by Neurological Patients.

The paper is devoted to a topical multidisciplinary problem connected with the verbal description of headache by patients with neurological disorders. The authors present the descriptive words gathered as a result of free discussions with patients, who were divided into 3 groups in accordance with their way of describing headache. The outlined descriptors were included in a general database used for the development of questionnaires that describe the most characteristic types of headache. The development and specification of pain questionnaires is carried out within the patient-specific approach. These auxiliary materials are particularly important for bilingual and multilingual patients as well as for patients with alexithymic features and various types of speech disorders. The conclusion on the relevance of the problem of descriptors' belonging to parts of speech is made.

Keywords: *algology, neurolinguistics, clinical linguistics, headache, descriptors.*

Литература

1. *Melzack R.* The McGill Pain Questionnaire: From Description to Management // *Anesthesiology*. – 2005. – V. 103. – P. 199–202.
2. *Есин О.Р., Есин Р.Г., Горобец Е.А.* Лингвистические особенности описания головной боли пациентами с неврологическими заболеваниями // *Филология и медицина: Материалы науч. конф.* – Казань: Отечество, 2014. – С. 5–13.
3. *Melzack R.* The Short-Form McGill Pain Questionnaire // *Pain*. – 1987. – V. 30, No 2. – P. 191–197.
4. *Есин О.Р.* Миогенный фактор первичных головных болей: Дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2013. – 128 с.
5. *Bennett M.* The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs // *Pain*. – 2001. – V. 92, No 1–2. – P. 147–157.

6. *Bouhassira D., Attal N., Alchaar H., Boureau F., Brochet B., Bruxelle J., Cunin G., Fermanian J., Ginies P., Grun-Overdyking A., Jafari-Schluap H., Lantéri-Minet M., Laurent B., Mick G., Serrie A., Valade D., Vicaut E.* Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) // *Pain*. – 2005. – V. 114, No 1–2. – P. 29–36.
7. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – V. 67, No 6. – P. 361–370.
8. *Andrews G., Slade T.* Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10) // *Aust. N. Z. J. Public Health*. – 2001. – V. 25, No 6. – P. 494–497.
9. *Menken M., Munsat T.L., Toole J.F.* The global burden of disease study: implications for neurology // *Arch. Neurol.* – 2000. – V. 57, No 3. – P. 418–420.

Поступила в редакцию
09.06.14

Есин Олег Радиевич – кандидат медицинских наук, врач-невролог отделения неврологии № 1, Республиканская клиническая больница № 2 МЗ РТ; ассистент кафедры прикладной лингвистики, Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия.

E-mail: olegesin@gmail.com

Горобец Елена Анатольевна – кандидат филологических наук, доцент кафедры прикладной лингвистики, Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия.

E-mail: elena_gorobets@mail.ru

Токарева Наиля Владимировна – кандидат медицинских наук, заведующий отделением неврологии № 1, Республиканская клиническая больница № 2 МЗ РТ; старший преподаватель кафедры прикладной лингвистики, Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия.

E-mail: zav.nevrologiya@mail.ru