

# Сравнительный анализ состояния когнитивных функций у больных с эпизодической и хронической головной болью напряжения при синдроме вегетативной дистонии и при начальных формах хронической цереброваскулярной недостаточности

*Егорова Е.А., Григорьева В.Н.*

## Comparative analysis of cognitive functions in patients with episodic and chronic tension-type headache combined with psychovegetative syndrome and cerebrovascular disorders

*Yegorova Ye.A., Grigoriyeva V.N.*

*Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород*

© Егорова Е.А., Григорьева В.Н.

Проведено сравнительное исследование состояния когнитивных функций у больных с частой эпизодической (34 человек) и хронической (68 человек) головной болью напряжения (ГБН). У 45 пациентов ГБН была коморбидна синдрому вегетативной дистонии (ВД), у 57 – дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ).

Страдающие ВД больные выполняли тесты на переключение внимания и движений хуже при эпизодической ГБН, чем при хронической. По результатам нейропсихологического тестирования больные с эпизодической и хронической ГБН при ДЭ между собой не различались. Больные с ДЭ при любом типе ГБН имели более выраженные нейропсихологические нарушения, а также более высокие уровни тревоги и депрессии, чем больные с ВД.

Результаты свидетельствуют о существовании различий в механизмах хронизации ГБН при психовегетативном синдроме и цереброваскулярной патологии. Хронизация ГБН сама по себе не является фактором риска ухудшения когнитивных возможностей больных.

The purpose of the study was to compare cognitive functions in patients with episodic tension-type headache (EpTTH) and chronic tension-type headache (ChTTH).

EpTTH was diagnosed in 34 patients in which it combined with psychovegetative syndrome in 17 persons and with cerebrovascular disorders in 28 persons. ChTTH was diagnosed in 57 patients; it was associated with psychovegetative syndrome in 17 of them and with cerebrovascular disorders in 40 of them.

Difference between EpTTH and ChTTH patients was revealed only for the patients with psychovegetative syndrome. Such difference was slight and referred the tests for attention switching. Patients with cerebrovascular disorders demonstrated worse modally non-specific problems with memory and attention and higher anxiety and depression levels than patients with psychovegetative syndrome.

Results suggest the different mechanisms of tension headache prolongation in the patients with psychovegetative syndrome and cerebrovascular disorders. The chronic tension headache itself doesn't worsen the cognitive functions while general causes exist which influence neuropsychological decline as well as tension headache stability.

### Введение

В современном мире социальная и экологическая обстановка (резкая интенсификация информационного обмена, взрывной рост мегаполисов, ускорение темпа жизни, нестабильность) предъявляют к человеку высокие требования,

заставляя его работать в режиме повышенной нагрузки, что приводит к нарушению адаптации и, как следствие, к боли.

Головные боли – одна из самых частых жалоб в неврологии. По данным разных авторов, головной болью страдают от 25 до 85% население

ния [6]. Значительная часть (до 60%) цефалгического синдрома приходится на головную боль напряжения (ГБН) [2].

Между тем эти данные могут быть и заниженными, поскольку далеко не все испытывающие головную боль обращаются за медицинской помощью, не считая свое состояние угрожающим жизни и здоровью. Однако, несмотря на то что сама по себе головная боль не вызывает инвалидизации, она часто приводит к нарушению трудоспособности и снижению качества жизни.

Известно, что в развитии ГБН, особенно хронической, существенную роль играет психический стресс.

В то же время само существование ГБН приводит к развитию тревожно-депрессивных расстройств [1, 10]. Между тем остается не ясным, сопровождается ли возникновение и хронизация ГБН нарушением нейропсихических функций.

В связи с этим актуальным является сравнительное исследование состояния когнитивных функций у больных с эпизодической и хронической ГБН.

Цель работы – сравнительный анализ состояния когнитивных функций у больных с эпизодической и хронической ГБН при синдроме вегетативной дистонии и при начальных формах хронической цереброваскулярной недостаточности.

## Материал и методы

Наблюдалось 102 пациента, обратившихся к неврологу по поводу головной боли, из них 15 мужчин и 87 женщин.

Всем пациентам проводилось клинико-неврологическое и нейропсихологическое обследование, а также определялся уровень тревоги (УТ) и уровень депрессии (УД) с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД). На основании клинико-неврологического обследования определялся тип ГБН в соответствии с критериями Международной классификации головной боли 2-го пересмотра [6] (хроническая или эпизодическая; эпизодиче-

ская, в свою очередь, подразделялась на частую и нечастую). Также определялся характер коморбидной ГБН – синдром вегетативной дистонии (ВД) или дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I стадии (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по характеру головной боли в зависимости от характера коморбидной патологии, абс. (%)

Тип ГБН	ВСД (45 человек)	ДЭ (57 человек)	Всего
Эпизодическая (34 человек)	17 (16,7)	17 (16,7)	34 (33,4)
Хроническая (68 человек)	28 (27,4)	40 (39,2)	68 (66,6)
Всего	45 (44,1)	57 (55,9)	102 (100)

Для оценки интенсивности головной боли использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), где 0 баллов соответствовало отсутствию боли, а 10 баллов – максимальной ее выраженности.

Нейропсихологическое обследование проводилось по методике А.Р. Лурия [4, 5, 8] с количественной оценкой данных по Ж.М. Глозман [3]. Исследовался праксис, зрительный и зрительно-пространственный гнозис, память, внимание, мышление, счет. Для оценки кинетического праксиса использовались трехэтапная проба «Кулак – ребро – ладонь» и тест «Графическая проба». Конструктивный праксис оценивался при помощи теста «Рисунок куба». Для исследования гностических функций использовались тесты «Узнавание зашумленных изображений», «Узнавание времени на схематических часах без цифр». Мнестические функции изучались при помощи теста «Заучивание 10 не связанных по смыслу слов». Для оценки интеллектуальных функций применялся тест на понимание смысла сюжетной картинки, проба «Пятый лишний». Дополнительно к стандартному нейропсихологическому обследованию пациентам предлагались символический тест Векслера [9], тест «Лабиринт», исследование с применением таблиц Шульте. Выполнение каждой пробы оценивалось по 3-балльной системе (0 – нет нарушений, 3 – максимально выраженные нарушения) [3].

Все больные были разделены на две группы, первую из которых составили пациенты, у которых ГБН была коморбидна ВД (45 пациентов, средний возраст  $(27,2 \pm 8,8)$  года); у пациентов второй группы ГБН была коморбидна ДЭ (57 пациентов, средний возраст  $(50,0 \pm 8,6)$  года). В каждой из групп выделяли подгруппы пациентов с эпизодической ГБН (ЭГБН) и хронической ГБН (ХГБН), которые составили соответственно 17 и 28 человек в первой группе и 17 и 40 человек во второй.

Математическая обработка данных производилась с помощью программы Statistica 6.0 для Windows. Сравнение выборок осуществлялось с применением *t*-критерия Стьюдента для несвязанных групп при анализе переменных, распределение которых соответствовало нормальному. Взаимосвязь параметров изучалась при помощи непараметрического метода корреляционного анализа Спирмена. Данные представлены в виде медианы и значений 25-го и 75-го перцентилей, среднего арифметического значения *M* и стандартного отклонения *x*.

## Результаты и обсуждение

Выбранные группы были однородны по длительности анамнеза головной боли, составившей у больных ВД  $(5,9 \pm 1,9)$  года, а у больных ДЭ  $(6,5 \pm 1,8)$  года.

Больные второй группы были значимо старше больных первой группы ( $p < 0,001$ ). В то же время подгруппы больных с ЭГБН и ХГБН в пределах первой и второй групп достоверно не различались между собой по возрасту ( $p < 0,001$ ) (табл. 2).

Таблица 2

Средний возраст пациентов и интенсивность головной боли в исследуемых подгруппах,  $M \pm x$

Подгруппа	Возраст, годы	Интенсивность головной боли, баллы
ЭГБН/ВД	$27,8 \pm 9,5$	$5,3 \pm 1,7$
ХГБН/ВД	$26,7 \pm 8,6$	$5,1 \pm 1,1$
ЭГБН/ДЭ	$49,3 \pm 6,6$	$5,4 \pm 1,4$
ХГБН/ДЭ	$50,2 \pm 8,8$	$4,9 \pm 1,8$
	$p_{1-2} > 0,05$	$p_{1-2} > 0,05$

$p_{3-4} > 0,05$	$p_{3-4} > 0,05$
$p_{1-3} < 0,001$	$p_{1-3} > 0,05$
$p_{2-4} < 0,001$	$p_{2-4} > 0,05$

УТ у больных ДЭ значительно превосходил данный показатель у больных ВД, однако между подгруппами в пределах групп статистически значимых различий обнаружено не было. По УД больные ХГБН ДЭ достоверно превосходили все прочие подгруппы (табл. 3).

Таблица 3

Показатели уровня тревоги и уровня депрессии у больных с эпизодическими и хроническими ГБН при вегетативной дистонии и дисциркуляторной энцефалопатии,  $M \pm x$

Подгруппа	УТ	УД
ЭГБН/ВД	$8,4 \pm 1,6$	$6,5 \pm 2,0$
ХГБН/ВД	$8,7 \pm 1,7$	$5,6 \pm 1,9$
ЭГБН/ДЭ	$10,5 \pm 1,9$	$6,7 \pm 1,4$
ХГБН/ДЭ	$10,7 \pm 2,1$	$8,1 \pm 1,8$
	$p_{1-2} > 0,05$	$p_{1-2} > 0,05$
	$p_{1-3} < 0,05$	$p_{1-3} > 0,05$
	$p_{3-4} > 0,05$	$p_{3-4} < 0,05$
	$p_{2-4} < 0,05$	$p_{2-4} < 0,05$

Анализ данных нейропсихологического обследования показал, что пациенты первой группы в пределах подгрупп статистически значимо отличались друг от друга по показателям выполнения пробы «Кулак – ребро – ладонь» (для подгруппы ЭГБН ВД они составили 0,3 (0; 0) балла, а для подгруппы ХГБН ВД 0,6 (0; 1) балла (медиана (значения 25-го и 75-го перцентилей)),  $p < 0,05$ ). Также больные ХГБН ВД медленнее выполняли задания с таблицами Шульте ( $(28,1 \pm 8,5)$  с для пациентов ЭГБН ВД,  $(34,8 \pm 7,5)$  с для пациентов ХГБН ВД ( $p < 0,05$ )).

Также отмечалась тенденция к худшему исполнению проб, направленных на исследование состояния памяти, внимания, способности к абстрагированию и обобщению, хотя в данном случае различия между подгруппами не были статистически значимыми.

У пациентов второй группы в подгруппе ХГБН по сравнению с ЭГБН наблюдалась тенденция к худшему выполнению проб на способность к абстрагированию и обобщению, состоя-

ние произвольного внимания, однако статистически значимых различий выявить не удалось.

Все наблюдаемые больные имели либо частые эпизодические, либо хронические ГБН, в то время как редкая ГБН не диагностировалась ни у одного пациента. Вероятно, это связано с тем, что нечастая эпизодическая ГБН беспокоит пациентов редко и не побуждает обращаться за медицинской помощью, поэтому такие пациенты почти не попадают в поле зрения невролога.

Различия показателей нейропсихологического тестирования при ЭГБН и ХГБН наблюдались лишь у больных с ВД. Так, при ВД пациенты с ХГБН выполняли задания на переключение внимания и движений статистически значимо хуже, чем больные с ЭГБН, хотя результаты других «лобных» тестов (на планирование, абстрагирование и обобщение) у них существенно не различались. При ДЭ данные нейропсихологического тестирования у больных с ЭГБН и ХГБН оказались сходными. Различий в показателях тревоги и депрессии между больными с эпизодическими и хроническими цефалгиями как при ВД, так и при ДЭ не выявлено. Между тем при любом типе ГБН больные ДЭ отличались от больных ВД более выраженными модально-неспецифическими нарушениями памяти и внимания, а также более высокими уровнями тревоги и депрессии.

Ухудшение регуляторных психических функций при ХГБН по сравнению с ЭГБН у больных ВД может объясняться некоторым нарастанием дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса, которая значима как для хронизации цефалгии, так и для появления расстройств нейродинамики на фоне общего снижения уровня активации коры головного мозга. Дальнейшее нарастание дисфункции неспецифических систем головного мозга при ДЭ по сравнению с больными ВД

(о чем свидетельствует рост уровней тревоги и депрессии при возникновении сосудистой патологии головного мозга) сопровождается усугублением модально-неспецифических расстройств внимания, однако различия в нейропсихологическом статусе больных с ЭГБН и ХГБН при этом исчезают. Данные могут указывать на уменьшение роли дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса в хронизации ГБН у больных с сосудистым поражением головного мозга по сравнению с больными ВД.

Полученные результаты позволяют предположить существование различий в патогенезе ГБН у больных ВД и ДЭ, а также указывают на то, что хронизация ГБН сама по себе мало влияет на ухудшение когнитивных возможностей больных.

#### Литература

1. Алексеев В.В., Бранд П.Я. Рекомендации по диагностике, оценке и лечению хронической боли.
2. Бранд П.Я. Обзорные рекомендации по диагностике и лечению головных болей по материалам сайта [guidelines.gov](http://guidelines.gov) // Боль. № 2 (19). 2008.
3. Глозман Ж.Г. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования. М.: Центр лечебной педагогики, 1999. 160 с.
4. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М.: «Просвещение», 1966. 290 с.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. 374 с.
6. Международная классификация головной боли. 2-е изд. Международное общество головной боли, 2003 / Пер. В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской. Гедеон Рихтер, 2003.
7. Павленко С.С. Эпидемиология боли // Невролог. журн. 1999. № 4 (1). С. 41–46
8. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2003. 496 с.
9. Lezak M.D. Neuropsychological assessment. Third edition. New York: Oxford University Press, 1995. 1021 p.
10. Verri A.P., Cecchini A., Galli C. et al. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache // Cephalalgia. 1998. 18 Suppl. V. 21. P. 45–49.