

Особенности эмоциональной сферы и когнитивных функций у пациентов с прозопалгиями травматического и нетравматического генеза

М.В.Шишкина*, С.Е.Кузнецова**, Т.Ю.Хохлова***,
О.Н.Фищенко***, И.А.Жихорева***, Н.А.Грудолова****,
Д.Н.Лопатко***, И.В.Кузьмина*****

*УНМЦ УД Президента РФ, **Филиал «Мединцентр» Глав УпДК при МИД России,
*ГОУ ВПО «МГМСУ» Росздрава, ****Поликлиника №190 СВАО ДЗ г.Москва, *****ГКБ №50 ДЗ г.Москва

Проведена оценка состояния эмоциональной сферы и когнитивных функций у 106 больных с пароксимальными и непароксимальными прозопалгиями различного генеза. Использовались «Шкала депрессии» НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник Восстановление локуса контроля, Индекс общего психологического благополучия, Мини – Исследование Умственного Состояния (MMSE), исследование праксиса и кратковременной памяти по методу А.Р.Лурия, проба Шульте. Выявлено наличие и степень выраженности тревоги и депрессии и когнитивных нарушений при различных видах прозопалгий.

Ключевые слова: пароксимальные и непароксимальные прозопалгии, состояние эмоциональной сферы и когнитивных функций.

The state of emotional sphere and cognitive functions has been assessed in 106 patients with paroxysmal and nonparoxysmal prosopalgias of various genesis. The following approaches have been used for this: Depression Scale (developed by the Psychoneurological Research Institute named after VM Bekhterev), Hospital Scale of Anxiety and Depression, a questionnaire on restoration of the locus control, an index of general psychological wellbeing, a mini mental state evaluation (MMSE), evaluation of praxis and short-term memory by Lurje's method, a Shulte test. The obtained results have helped to determine the presence and degree of anxiety and depression in different prosopalgia types.

Key words: paroxysmal and nonparoxysmal prosopalgias, state of emotional sphere and cognitive functions.

Состояние эмоциональной сферы больных с болевыми синдромами в области лица имеет большое значение как для качественной оценки выраженности болей, так и для индивидуального подбора терапии. Наличие или отсутствие у пациента тревоги или депрессии и их выраженность, самооценка больным своего состояния напрямую влияют на эффективность проводимого лечения и трудовой прогноз.

Выяснение особенностей личности пациента имеет большое значение для понимания особенностей течения и вероятного прогноза заболевания в каждом конкретном случае и разработки стратегии и тактики его лечения. По данным различных исследований лицо и все, что с ним связано, психологически более значимо для человека по сравнению с другими частями тела. Эмоциональные нарушения являются важной составной частью клинической картины прозопалгий, с которой необходимо считаться при качественной оценке степени выраженности болевого синдрома и индивидуальном подборе терапии.

Пациенты с лицевыми болями достаточно разнообразны по возрастному составу, этиологии заболевания и наличию сопутствующей соматической патологии. Основную массу больных с прозопалгиями составляют лица среднего и пожилого возраста, отягощенные различными соматическими заболеваниями. В неврологическом статусе у них, помимо лицевых болей, значительное место занимают симптомы, являющиеся проявлением дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического и гипертонического генеза, а именно – нарушения когнитивных функций. При этом выраженность когнитивных нарушений может значительно варьировать в зависимости от стадии процесса и тяжести основного

сосудистого заболевания, что, безусловно, отражается на тактике ведения подобных больных и определяет выбор тех или иных методов лечения. Необходимо помнить также о том, что пациенты с пароксимальными прозопалгиями длительно принимают противосудорожные препараты, антидепрессанты, транквилизаторы, что, безусловно, отражается на состоянии высших корковых функций.

В то же время в последние годы в нейростоматологических клиниках и на амбулаторном приеме у невролога возрос удельный вес пациентов с травматическими невротическими отдельными ветвями тройничного нерва, полученными как ятрогенно, так и в результате черепно – мозговой травмы с переломами костей лицевого скелета. С точки зрения классификации они могут быть отнесены к рубрике G50.8 по МКБ – 10 – «Другие поражения тройничного нерва». Реабилитация этих пациентов – преимущественно молодого возраста, работающих, социально активных и не отягощенных грузом соматических заболеваний – имеет важное не только медицинское, но и социальное значение (2).

Целью проведенной работы являлось изучение особенностей эмоционального статуса и когнитивных функций, а также оценка качества жизни у больных с прозопалгиями различной этиологии (травматического и нетравматического генеза).

Материалы и методы

Обследовано 106 больных с прозопалгиями, находившихся на стационарном лечении в нейростоматологическом отделении ГКБ №50 ДЗ г.Москвы и амбулаторном лечении в поликлиниках СВАО ДЗ г.Москвы за период с 2005 по 2009 г.г.

Наибольшую по количеству обследованных первую группу составили больные с наиболее распространенной в популяции пароксизмальной прозопалгией – невралгией тройничного нерва (G50.0 по МКБ - 10) – 53 человека (13 муж. и 40 жен., средний возраст $65,7 \pm 1,2$ г.). Средняя длительность заболевания $10,2 \pm 1,2$ г.

Правосторонняя невралгия выявлялась у 25 больных (47,2%), левосторонняя – у 28 (52,8%). Невралгия II и III ветвей одновременно отмечалась у 27 пациентов (50,9%), отдельно II или III ветвей – у 22 (48,9%). Средняя длительность непрерывного приема препаратов карбамазепина составила 9 лет, суточная доза колебалась в пределах от 150 мг до 1600 мг (в среднем – 626,7 мг).

Вторую группу составили 22 пациентки с непароксизмальной прозопалгией – глоссалгией (G50.1 по МКБ - 10). Средний возраст группы – $71,5 \pm 2,3$ г, средняя длительность заболевания $5,3 \pm 0,9$ г.

В третью группу вошли 5 пациентов с периодической мигренозной невралгией (1 женщина и 4 мужчины, G44.0 по МКБ - 10). Средний возраст группы – $49,7 \pm 4,1$ г, средняя длительность заболевания $11,2 \pm 2,1$ г. Из 5 больных с периодической мигренозной невралгией правосторонняя прозопалгия наблюдалась у 3 пациентов, левосторонняя – у 2 больных.

В четвертую группу были объединены 16 больных с непароксизмальными прозопалгиями, вызванными различными нетравматическими причинами (G50.1 по МКБ - 10): постгерпетической невралгией тройничного нерва, дентальной плексалгией, бруксизмом, миофасциальным болевым синдромом лица с болевой дисфункцией височно - нижнечелюстного сустава, психогениями, прозопалгией в рамках таламического синдрома у больной, перенесшей инфаркт головного мозга. (10 жен. и 6 муж., средний возраст $58,6 \pm 3,6$ г., средняя длительность заболевания $4,2 \pm 0,9$ г.). Среди больных с прозопалгиями нетравматического генеза из 16 случаев правосторонняя прозопалгия наблюдалась у 7 пациентов (43,8%), левосторонняя – у 9 больных (56,3%).

Пятую группу составили 10 больных с непароксизмальными прозопалгиями травматического генеза (G50.8 по МКБ - 10): невротизмом ветвей тройничного нерва вследствие переломов челюстей и других костей лицевого скелета в результате бытовых травм (побои, уличные драки, падения с высоты) – мужчины, средний возраст $45,8 \pm 2,2$ г. Средние сроки от начала заболевания – до 6 мес. Пациенты этой группы до появления на амбулаторном приеме проходили стационарное лечение в различных клиниках г. Москвы с диагнозом легкой закрытой черепно - мозговой травмы (ЧМТ, сотрясение головного мозга, S06.0 по МКБ-10), переломами костей лицевого скелета и травматическим поражением 2 или 3 ветвей тройничного нерва.

Из 10 больных с прозопалгиями травматического генеза правосторонняя прозопалгия наблюдалась у 6 пациентов (60,0%) и левосторонняя – у 4 больных.

При этом поражение I ветви тройничного нерва (вследствие перелома костей носа и орбиты) отмечалась у одного больного. Поражение II ветви (вследствие перелома верхней челюсти с последующим репозицией костных отломков) – у 6 больных (60,0%). Поражение III ветви выявлялось у 3 больных на фоне двойного перелома нижней челюсти в сочетании с травматическим артритом ВНЧС.

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

Батарея тестов для оценки эмоционального статуса больных с прозопалгиями 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» (4).

Комплекс проведенного нейропсихологического обследования для оценки когнитивных нарушений включал в себя следующие методики: Мини - Исследование Умственного Состояния – MMSE (Mini – Mental State Examination) (4), исследование праксиса (реципрокная координация и динамический праксис («кулак – ребро – ладонь»), кратковременной памяти по методу А.Р.Лурия (тест 10 слов, 1973) и пробу Шульце (по С.Я.Рубинштейн, 1970).

Результаты и их обсуждение

Исследование когнитивных функций больных с прозопалгиями различного генеза.

Невралгия тройничного нерва. При скрининг – исследовании когнитивных функций с помощью MMSE у больных с невралгией тройничного нерва выявлялся пограничный балл – $25,5 \pm 1,3$. Наибольшее затруднение вызывали пункты теста, требующие запоминания и воспроизведения.

Нарушения праксиса были выявлены у 63% пациентов. Наиболее характерными ошибками были: трудности с запоминанием последовательности движений, отсутствие плавности переключения с одного движения на другое, гиперметрия, трудности содружественного выполнения противоположных движений в обеих руках.

При выполнении пробы Шульце одна страница в среднем выполнялась за $64,4 \pm 1,0$ сек., что достаточно близко к норме.

При исследовании кратковременной памяти среднее количество воспроизводимых слов в тесте Лурия у больных с левосторонней невралгией составило $6,8 \pm 0,5$ слова, а у больных с правосторонней локализацией процесса – $5,7 \pm 0,5$ слова.

Таким образом, несмотря на возраст больных, наличие артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза в анамнезе, длительный ежедневный прием препаратов карбамазепина у больных с тригеминальной невралгией не выявлялось грубых нарушений высших корковых функций и деменции.

Глоссалгия. При выполнении теста MMSE до начала лечения все пациентки с глоссалгией набирали свыше 24 баллов (норма), в среднем $27,1 \pm 2,0$ балла.

В процессе проверки слухо – речевой памяти с помощью теста «10 слов» А.Р.Лурия пациентки с глоссалгией в среднем запоминали $6,5 \pm 1,4$ слова за пять предъявлений.

При оценке внимания и работоспособности с помощью пробы с таблицами Шульце пациентки в среднем выполняли одну таблицу за $58,1 \pm 4,0$ сек.

Нарушения праксиса выявлялись у 20 (90,9%) пациентов.

Индекс Общего Психологического Благополучия, отражающий качество жизни обследованных больных, был достаточно низким – $59,7 \pm 4,0$ балла.

Периодическая мигренозная невралгия. При выполнении теста MMSE до начала лечения все пациенты набирали свыше 24 баллов (норма), в среднем $28,5 \pm 3,1$ балла.

В процессе проверки слухо - речевой памяти с помощью теста «10 слов» А.Р.Лурия больные с периодической мигренозной невралгией в среднем запоминали $6,8 \pm 1,1$ слова за пять предъявлений.

При оценке внимания и работоспособности с помощью пробы с таблицами Шульте пациенты в среднем выполняли одну таблицу за $40,6 \pm 3,9$ сек.

Значимых нарушений праксиса у больных с периодической мигренозной невралгией выявлено не было.

Индекс Общего Психологического Благополучия, отражающий качество жизни обследованных больных, также был достаточно низким – $60,3 \pm 4,2$ балла.

Прозопалгии нетравматического генеза. При выполнении теста MMSE до начала лечения все пациенты набирали свыше 24 баллов (норма), в среднем $27,9 \pm 2,7$ балла.

В процессе проверки слухо - речевой памяти с помощью теста «10 слов» А.Р.Лурия больные с прозопалгиями в среднем запоминали $7,7 \pm 2,4$ слова за пять предъявлений.

При оценке внимания и работоспособности с помощью пробы с таблицами Шульте пациенты в среднем выполняли одну таблицу за $51,7 \pm 4,4$ сек.

Нарушения праксиса различной степени выраженности были отмечены у 10 больных (62,5%).

Индекс Общего Психологического Благополучия, отражающий качество жизни обследованных больных – $75,6 \pm 4,8$ балла.

Прозопалгии травматического генеза. При выполнении теста MMSE до начала лечения все пациенты набирали свыше 24 баллов (норма), в среднем $28,1 \pm 4,1$ балла.

В процессе проверки слухо - речевой памяти с помощью теста «10 слов» А.Р.Лурия больные в среднем запоминали $7,4 \pm 1,9$ слова за пять предъявлений.

При оценке внимания и работоспособности с помощью пробы с таблицами Шульте пациенты в среднем выполняли одну таблицу за $57,5 \pm 4,7$ сек.

Нарушения праксиса различной степени выраженности были отмечены у всех 10 больных с травматическими прозопалгиями, что, по-видимому, можно объяснить сопутствующим общим мозговым дефицитом вследствие перенесенной ЧМТ.

Индекс Общего Психологического Благополучия, отражающий качество жизни обследованных больных – $75,6 \pm 4,8$ балла.

Индекс Общего Психологического Благополучия, отражающий качество жизни обследованных больных, был самым высоким среди всех обследованных нозологий – $84,3 \pm 5,2$ балла, что практически приближается к норме здорового человека и отражает присущий данной группе больных настрой на скорое выздоровление.

Исследование эмоциональной сферы больных с прозопалгиями различного генеза

«Шкала депрессии» НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева представляет собой самоопросник и предназначена для скрининг-оценки депрессивных состояний (4). Опросник состоит из 20 соматизированных утверждений, ответы оцениваются в баллах от 1 до 4. Суммарный балл (уровень депрессии) может варьировать от 20 до 80. Состояние без депрессии констатируется при сумме баллов менее 50. Суммарный балл от 50 до 59 оценивается как легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, от 60 до 69 – маскированная депрессия (субдепрессивное состояние), 70 баллов и более – истинное депрессивное состояние.

Результаты проведенного обследования по данной шкале приведены в таблице:

Таблица 1

Уровень депрессии у больных с прозопалгиями по Шкале депрессии НИИ им. В.М.Бехтерева (в баллах)

№№	Группа больных	Состояние без депрессии М ± m	Легкая депрессия М ± m	Субдепрессивное состояние (маскированная депрессия) М ± m	Наличие депрессии М ± m
1.	Невралгия тройничного нерва, n = 42 чел.	33 чел. 78,6%	8 чел. $54,1 \pm 3,4$ 19%	1 чел. $60,0 \pm 6,1$	9 чел. 21,4%
2.	Периодическая мигренозная невралгия, n = 5 чел.	4 чел.	1 чел. $55,0 \pm 4,1$	–	1 чел.
3.	Глоссалгия, n = 3 чел	2 чел.	1 чел. $57,0 \pm 5,2$	–	1 чел.
4.	Прозопалгии нетравматического генеза, n = 16 чел	12 чел. 75%	3 чел. $56,7 \pm 5,6$	1 чел. $68,0 \pm 6,7$	4 чел.
5.	Прозопалгии травматического генеза n = 10 чел	9 чел. 90%	1 чел. $54,3 \pm 4,9$	–	1 чел.

Истинного депрессивного состояния не было выявлено ни у одного больного.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии («Hospital Anxiety and Depression Scale», Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) является одной из наиболее удобных в применении и распространенных опросников для скрининг – оценки тяжести депрессии и тревоги в общей медицинской практике (у соматических больных). Опросник состоит из 14 утверждений, разделяющихся на субшкалу тревоги и субшкалу депрессии. Подсчет ответов производится отдельно по каждой из субшкал и оценивается в баллах по степени выраженности симптомов от 0 до 3. Состояние без депрессии (тревоги) констатируется при сумме баллов от 0 до 7; 8 – 10 баллов – субклинически выраженная депрессия (тревога); 11 и более баллов – клинически выраженная депрессия (тревога).

Результаты проведенного нами обследования по данной шкале приведены в таблицах:

Таблица 2

Выраженность депрессии у больных с прозопалгиями по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (в баллах)

№№	Группа больных	Депрессия M ± m	Субклинически выраженная M ± m	Клинически выраженная M ± m	Состояние без депрессии
1	Невралгия тройничного нерва, n = 53 чел.	25 чел. 46,2%	13 чел. 8,9 ± 1,2 52%	12 чел. 13,8 ± 2,3 48%	28 чел. 52,8%
2	Периодическая мигренозная невралгия, n = 5 чел.	4 чел.	2 чел. 9,5 ± 2,1	2 чел. 16 ± 2,8	1 чел.
3	Глоссалгия, n = 22 чел	18 чел. 81,8%	13 чел. 9,3 ± 2,1 59,1%	5 чел. 12,0 ± 2,5 22,7%	4 чел.
4	Прозопалгии нетравматического генеза, n = 16 чел	8 чел. 50,0%	4 чел. 8,9 ± 1,1	4 чел. 14,5 ± 2,9	8 чел. 50,0%
5	Прозопалгии травматического генеза n = 10 чел	2 чел.	2 чел. 9,7 ± 1,4	—	8 чел. 80,0%

Наличие или отсутствие у больного тревоги (психологической реакции на прогнозируемую опасность) значительно реже привлекает к себе внимание по сравнению с депрессией. Для оценки наличия и выраженности тревоги у больных с прозопалгиями использовалась субшкала тревоги Госпитальной шкалы тревоги и депрессии («Hospital Anxiety and Depression Scale», Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

Сопоставляя результаты, полученные при анализе двух шкал и отраженные в Таблицах 1, 2 и 3, необходимо отметить, что их «чувствительность» практически одинакова и с небольшим разбросом отражает наличие тревоги и депрессии у обследованных больных. Среди больных с невралгией тройничного нерва состоянием без тревоги и

депрессии (норма) отмечалось у 24 (45,3%) больных, тревога и депрессия различной степени выраженности одновременно выявлялись у 25 (47,2%).

Аналогичные показатели в других группах составили соответственно: в группе больных с прозопалгиями нетравматического генеза психологической нормы не было выявлено ни у кого из обследованных, тревога и депрессия одновременно выявлялись у 8 (50%) больных.

Для пациенток с глоссалгией было характерно грубое нарушение эмоциональной сферы с преобладанием депрессивного компонента до клинически выраженного уровня: отсутствие тревоги и депрессии отмечалось только у 2 из них, зато тревога и депрессия одновременно выявлены в 18 случаях (81,9%).

Среди больных с периодической мигренозной невралгией психологической нормы по данным опросников не было ни у кого из обследованных, сочетание тревоги и депрессии одновременно отмечено у одного пациента.

Для пациентов с прозопалгией травматического генеза оказалось характерным выраженность тревожных настроений при отсутствии депрессивных, что возможно объяснить молодым возрастом пациентов, малыми сроками от момента травмы и, несмотря на полученную ЧМТ, надеждами на полное излечение. Тем не менее норма по данным обоих опросников отмечалась только в двух случаях, а сочетание тревоги и депрессии одновременно — в одном.

У остальных пациентов выявлялись либо тревога, либо депрессия, что нашло отражение в приведенных выше таблицах.

Таблица 3

Выраженность тревоги у больных с прозопалгиями по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (в баллах)

№№	Группа больных	Тревога	Субклинически выраженная M ± m	Клинически выраженная M ± m	Состояние без тревоги
1	Невралгия тройничного нерва, n = 53 чел.	29 чел. 54,7%	11 чел. 9,0 ± 1,4 37,9%	18 чел. 13,4 ± 2,2 62,1%	24 45,3%
2	Периодическая мигренозная невралгия, n = 5 чел.	2 чел.	1 чел. 8,0 ± 1,3	1 чел. 13,0 ± 2,3	3
3	Глоссалгия, n = 22 чел	20 чел. 90,9%	10 чел. 9,8 ± 1,9 45,5%	10 чел. 16,3 ± 2,7 45,5%	2 чел.
4	Прозопалгии нетравматического генеза, n = 16 чел	16 чел. 100%	5 чел. 9,6 ± 1,8 31,3%	11 чел. 14,0 ± 3,0 68,8%	—
5	Прозопалгии травматического генеза n = 10 чел	8 чел. 80,0%	7 чел. 8,8 ± 1,7 70,0%	1 чел. 14,0 ± 3,0	2 чел.

Таким образом, проведенные исследования показывают высокую степень распространенности тревоги и депрессии у пациентов с лицевыми болями. Сравнивая результаты, полученные при тестировании одних и тех же больных, можно сделать вывод, что Госпитальная шкала тревоги и депрессии является достаточно чувствительной, выявляя больший процент тревоги и депрессии. Шкала депрессии НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева интересна тем, что содержит соматизированные вопросы, ответы на которые могут быть полезны при оценке соматического статуса пациентов и, соответственно, при выборе лекарственных препаратов. Кроме того, обе шкалы достаточно лаконичны,

просты в понимании и в заполнении, ответы на вопросы не требуют много времени, вследствие чего они свободно могут применяться неврологом на амбулаторном приеме. Необходимо отметить, что полученные результаты носят оценочный характер, окончательный диагноз депрессии может быть выставлен только после консультации психиатра.

Большое значение для успеха в лечении больных с лицевыми болями имеет психологический настрой пациента, его вера в достижение положительного результата и объективная оценка доли его собственного участия и роли врача в этом обоюдном процессе.

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 Locus of Control, Patridge C., Johnstone M., 1989) позволяет косвенно оценить уровень мотивации больного к выздоровлению и основан на учете мнения пациента о его собственной роли в выздоровлении. Опросник содержит 9 утверждений, результаты оцениваются в баллах от 0 до 4, суммарный балл может варьировать от 0 до 36. Более высокий балл свидетельствует о более высокой мотивации к выздоровлению.

В последние годы значительно возрос интерес отечественных ученых к понятию «качество жизни» в приложении к различным заболеваниям. 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, изменимость во времени (динамика во времени в зависимости от состояния пациента), участие больного в оценке собственного состояния (самооценка пациентом своего состояния представляется в настоящее время особенно ценным показателем его общего состояния) (4).

На успех в лечении больных с болевыми синдромами в области лица влияют аффективные и эмоциональные расстройства, возникающие в связи с заболеванием и снижающие самооценку благополучия. Для оценки общего психологического благополучия использовался Индекс общего психологического благополучия (Psychological General Well – Being Index, Dupuy H., 1984). Данный самоопросник включает 22 пункта, которые можно разделить на 6 субшкал, характеризующих сле-

дующие состояния: тревога, депрессия, самоконтроль, общее здоровье, эмоциональное благополучие, жизненная энергия. Наиболее негативный ответ оценивается в 0 баллов, наиболее позитивный – в 5 баллов. Суммарный балл варьирует от 0 до 110 баллов. Среднее значение индекса у здоровых приблизительно равно 105.

Результаты, полученные при заполнении этих двух самоопросников, отражены в Таблице 4.

Таблица 4

Самооценка качества жизни больными с прозопапгиями по данным опросников «Восстановление локуса контроля» и «Индекс общего психологического благополучия» (в баллах)

NN	Группы больных	Восстановление локуса контроля M ± m	Индекс общего психологического благополучия M ± m
1	Невралгия тройничного нерва, n = 53 чел.	22,5 ± 1,5	61,1 ± 4,5
2	Периодическая мигренозная невралгия, n = 5 чел.	23,0 ± 1,8	60,3 ± 4,2
3	Глоссалгия, n = 22 чел	22,0 ± 1,1	59,7 ± 4,0
4	Прозопапгии нетравматического генеза, n = 16 чел	23,7 ± 1,5	75,6 ± 4,8
5	Прозопапгии травматического генеза n = 10 чел	29,8 ± 2,1	84,3 ± 5,2

Низкие баллы, набранные при опросе по шкалам Восстановление локуса контроля и Индекс общего психологического благополучия отражают особенности психологического статуса больных с хронически текущими лицевыми болями – снижение качества жизни, отсутствие веры в выздоровление (за исключением пятой группы), депрессивно – подавленное настроение, обусловленные особенностями патогенеза, клинической картины и течением данных заболеваний. Все это безусловно должно учитываться при подборе медикаментозных препаратов и выборе тактики общения с этой группой пациентов. На результаты, полученные в группе контроля, по - видимому влияют сопутствующие соматические заболевания, снижающие качество жизни «сосудистых» больных.

Таким образом, лечение пожилых пациентов с лицевыми болями представляет собой сложную многокомпонентную систему, включающую в себя не только непосредственное купирование болевого синдрома, но и коррекцию эмоциональных нарушений, лечение сосудистой мозговой патологии и сопутствующих соматических заболеваний.

Литература

1. Карлов В.А. «Неврология лица» // М, «Медицина», 1991, с. 62–69
И др. авторы.