



<sup>1</sup> Башкирский  
государственный  
медицинский  
университет

<sup>2</sup> Саратовский  
государственный  
медицинский  
университет  
им. В.И. Разумовского

# Цефалгия у ветеранов боевых действий, перенесших черепно-мозговую травму

Л.Р. Ахмадеева, д.м.н., проф.<sup>1</sup>, В.С. Валиев<sup>1</sup>, Р.Р. Парсамян, к.м.н.<sup>2</sup>,  
Н.Р. Саяхова<sup>1</sup>, Р.А. Ягудина<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Лейла Ринатовна Ахмадеева, Leila\_ufa@mail.ru

Для цитирования: Ахмадеева Л.Р., Валиев В.С., Парсамян Р.Р. и др. Цефалгия у ветеранов боевых действий, перенесших черепно-мозговую травму. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (38): 12–16.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-38-12-16

*В статье представлены информация о посттравматической головной боли и результаты собственных наблюдений за участниками боевых действий с головной болью после перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ), находившихся под наблюдением специалистов госпиталя ветеранов войн.*

**Материал и методы.** Нами осмотрен 61 человек, включая 43 пациентов мужского пола трудоспособного возраста – ветеранов боевых действий с головной болью после ЧМТ, находившихся в стационаре под наблюдением неврологов, и 18 здоровых добровольцев. В качестве методов исследования применяли таблицы Шульте для оценки внимания, индекс НГТ-6 для количественной оценки влияния головной боли на ежедневную активность, домашние дела и свободное времяпрепровождение, и показатели видеоокулографии (айтрекинг) с использованием теста Струпа с оценкой времени прохождения теста и количества допущенных ошибок.

**Результаты.** Выявлено снижение концентрации и устойчивости внимания, его истощаемость у ветеранов боевых действий как с первичной, так и вторичной головной болью, перенесших ЧМТ, нарушения повседневной жизни (в 1,4 раза более выражены у пациентов, недавно перенесших ЧМТ и получавших регулярное лечение, по сравнению с пациентами, госпитализированными впервые), а также значимо более длительное время, необходимое для прохождения теста Струпа с применением видеоокулографии ( $43,4 \pm 9,0$  с) у ветеранов по сравнению с пациентами контрольной группы ( $24,4 \pm 6,6$  с) и большее количество допущенных ошибок ( $1,4 \pm 1,3$  против  $0,6 \pm 0,9$  ошибки соответственно).

**Заключение.** Ветераны боевых действий, перенесшие ЧМТ, страдают как первичной, так и посттравматической головной болью. У них снижено и более истощимо внимание, что следует учитывать в целях оптимизации фармакотерапии и подбора методов восстановительного лечения мультидисциплинарными командами.

**Ключевые слова:** головная боль, нейропсихология, ветераны боевых действий

## Введение

Головная боль является одной из наиболее частых причин обращения к врачу. Помощь пациентам с цефалгией, особенно с ее хронической формой, в большинстве случаев должна осуществляться мультидисциплинарной командой, включающей не только врачей, но и психологов, социальных работников, специалистов по физической реабилитации, медицинских сестер.

В настоящее время актуально оказание помощи лицам молодого возраста – участникам боевых действий, количество которых в России растет. Головная

боль у этой категории больных выходит на первое место как фактор, снижающий качество жизни, причем не только у них, но и у членов их семей.

Головная боль является жалобой, с которой пациенты, перенесшие черепно-мозговую травму (ЧМТ), обращаются за медико-социальной помощью чаще всего. У таких пациентов нередко возникают ипохондрические и депрессивные расстройства. Психопатоподобные состояния развиваются постепенно, на фоне улучшения состояния больных в остром и позднем периодах травмы. Имевшиеся ранее психопатические черты ха-



рактера усиливаются, заостряются. Чаще наблюдаются немотивированные колебания настроения, склонность к сутяжничеству, эмоциональный всплеск с приступом агрессии, злости и раздражения. Как известно, при травме головного мозга иногда развиваются когнитивные нарушения, осложняющие ведение пациентов и снижающие их приверженность проводимым лечебным и реабилитационным мероприятиям.

Посттравматическая головная боль (ПТГБ) – инвалидизирующее неврологическое расстройство, которое обычно связывают с легкой ЧМТ и классифицируют как вторичную головную боль [1]. Хотя в большинстве случаев расстройству имеет тенденцию к самопроизвольной ремиссии, некоторые пациенты испытывают постоянную головную боль, длящуюся годами и не поддающуюся лечению [1].

Мировая статистика последних лет свидетельствует о том, что ПТГБ – наиболее часто регистрируемый симптом после ЧМТ [2]. Ее распространенность в общей популяции достигает 30–90% [3]. По данным T. Yilmaz и соавт., ежегодно в мире регистрируется около 69 млн человек с ЧМТ, при этом ПТГБ фиксируется у 37–69% пациентов с ЧМТ [4]. Примерно у 15–20% людей, перенесших сотрясение мозга, головная боль не проходит и спустя год после травмы, что указывает на ее хронический характер [5].

Согласно результатам датского популяционного исследования, распространенность ПТГБ в течение жизни достигает 4,7% у мужчин и 2,4% у женщин [6, 7]. В то же время в Норвегии только у 0,21% пациентов ПТГБ имеет хроническое течение [6].

Несмотря на высокую распространенность и значительное влияние на повседневную активность и качество жизни, ПТГБ остается сложным и малоизученным явлением. Дело в том, что о частоте ее распространения в основном судят по данным, полученным от пациентов, обращающихся за экстренной медицинской помощью. При этом не учитываются данные при обращении за медицинской помощью через несколько дней после травмы, как правило, к врачам общей практики.

Кроме того, ПТГБ может быть ошибочно диагностирована как мигрень или другая первичная головная боль, особенно у тех, у кого в анамнезе уже имеются болевые эпизоды [8]. Тем не менее наблюдается и обратная ситуация, когда у пациента, в том числе участника боевых действий, головная боль, с которой он обратился после травмы, не удовлетворяет международным критериям диагностики ПТГБ, а является первичной цефалгией.

В Международной классификации головных болей (МКГБ-3) (3-е издание, 2018) посттравматическая головная боль описана в части 2 «Вторичные головные боли» в разделе (главе) 5 «Головная боль, связанная с травмой головы и/или шеи» и представлена в виде острой и постоянной головной боли:

- 5.1. Острая головная боль, связанная с травмой головы:
  - ✓ 5.1.1. Острая головная боль, связанная с умеренной или тяжелой травмой головы;
  - ✓ 5.1.2. Острая головная боль, связанная с легкой травмой головы;
- 5.2. Постоянная головная боль, связанная с травмой головы:
  - ✓ 5.2.1. Постоянная головная боль, связанная с умеренной или тяжелой травмой головы;

✓ 5.2.2. Постоянная головная боль, связанная с легкой травмой головы;

- 5.3. Острая головная боль, связанная с хлыстовой травмой;
- 5.4. Постоянная головная боль, связанная с хлыстовой травмой;

■ 5.5. Острая головная боль, связанная с краниотомией;

■ 5.6. Постоянная головная боль, связанная с краниотомией.

ПТГБ чаще отмечается после легкой ЧМТ (в частности, у 58% пациентов через 12 месяцев после травмы по сравнению с 33% пациентов с ЧМТ средней и тяжелой степени) [9]. Патологические механизмы, лежащие в основе ПТГБ, остаются не до конца изученными. Однако механизмы как мигрени, так и ЧМТ, вероятно, связаны с нарушением нисходящей модуляции боли, нейрометаболическими изменениями, нейровоспалением, распространяющейся корковой депрессией и высвобождением кальцитонин-ген-родственного пептида (CGRP), наблюдаемым при обеих патологиях [10].

Развитие и хронизация ПТГБ в большей степени обусловлены нейровоспалением и активацией тройничного нерва, чем механизмами, лежащими в основе ЧМТ [10]. ЧМТ может привести к повреждению кровеносных сосудов головного мозга, диффузному повреждению аксонов центральных нейронов, а также вторичного каскада метаболических и клеточных эксайтотоксических и воспалительных изменений, что может способствовать развитию ПТГБ [11]. Несмотря на это, взаимосвязь между механизмами ЧМТ и ПТГБ четко не установлена. Сходство между ПТГБ и мигренью подтверждается данными, согласно которым пациенты с ПТГБ без мигрени в анамнезе гиперчувствительны к CGRP [12].

Острой считается боль, наблюдаемая в течение первых трех месяцев с момента травмы. Если цефалгия отмечается по истечении этого срока, она рассматривается как постоянная. В МКГБ-3 термин «постоянная» заменен на «хроническая» для обозначения характера боли.

ПТГБ не имеет особенных характеристик, позволяющих отличить ее от других типов головной боли, и часто проявляется симптомами, напоминающими симптомы первичной головной боли. Речь идет о мигрени и головной боли напряжения, с преобладанием последней (от 75 до 77%) [13, 14]. В редких случаях симптомы ПТГБ имитируют другую первичную головную боль, например тригеминальную вегетативную цефалгию (кластерная головная боль, гемикрания континуа и пароксизмальная гемикрания) [15, 16].

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) – подтип головной боли, который может развиваться после травмы головы. ХЕГБ определяется как головная боль, возникающая более 15 дней в месяц в течение как минимум трех месяцев. ХЕГБ можно дополнительно классифицировать на подтипы, включая хроническую мигрень и хроническую головную боль напряжения [17].

Неспецифическая ПТГБ – еще один подтип. Ее диагностика во многом зависит от временной связи между травмой и началом головной боли. На сегодняшний день рассматривается семидневный интервал после травмы либо после восстановления сознания и/или в течение семи дней после восстановления способности ощущать боль и сообщить о ней. Большинство приступов голов-



ной боли напоминают мигрень или головную боль напряжения в сочетании с другими симптомами – головокружением, болью в шее и когнитивными нарушениями [18]. Другими важными клиническими показателями являются интенсивность и частота головной боли. ПТГБ обычно описывают как давящую головную боль от легкой до умеренной степени. Но не исключены тяжелая и изнуряющая степени. Частота головной боли варьируется – от случайной до ежедневной и может быть постоянной или перемежающейся [8]. ПТГБ бывает составляющей постконтузионного синдрома, в том числе у ветеранов боевых действий, включающего также и другие симптомы: усталость, нарушение сна, изменения настроения, памяти, внимания, раздражительность, депрессию.

Необходимо отметить, что в ряде случаев классификация и диагностика подтипов ПТГБ вызывают сложности в силу схожести симптомов различных подтипов головной боли.

С учетом того что у одних пациентов с острой головной болью, связанной с травмой головы и/или шеи, цефалгия может трансформироваться в постоянную, у других купироваться, нерешенной задачей остается поиск предикторов подобной трансформации. Возможно, нейropsychологические исследования помогут в решении данной задачи.

В качестве одного из достаточно новых и эффективных неинвазивных методов когнитивного исследования при головной боли, в частности у ветеранов боевых действий, перенесших ЧМТ, с первичной либо вторичной цефалгией, характеризующихся минимальным количеством противопоказаний и побочных эффектов и призванных помочь в разработке программ комплексной медико-социальной реабилитации и, возможно, эффективной фармакотерапии, может служить видеоокулография. Последние годы этот метод эффективно применяют при нарушениях вестибулярного аппарата, патологиях периферической и центральной вестибулярной систем, нарушениях мозгового кровообращения.

Видеоокулография (айтрекинг) – технология отслеживания движений глаз посредством видеорекадеров (айтрекеров) [19]. Методика позволяет оценить состояние вестибулярного и зрительного анализаторов, общее состояние головного мозга, включая эмоциональный фон [20].

Движения глаз представляют собой сенсомоторный механизм реализации зрительного внимания, которое тесно связано со всей психической деятельностью человека [21]. Поражение структур зрительного анализатора приводит к нарушениям в функционировании психических функций, опирающихся на работу зрительного анализатора. Изучая окуломоторное поведение, можно получить информацию об этих процессах у пациента [22, 23]. Вместе с тем параметры саккадических движений глаз отражают функционально значимые характеристики работы мозговых структур, связанных с процессами восприятия и внимания.

*Цель* клинико-инструментальной части настоящего исследования – проанализировать клиническую картину заболевания у ветеранов боевых действий с пер-

вичной и вторичной цефалгией с использованием видеоокулографии для дополнения алгоритмов оказания медицинской помощи данной группе пациентов.

## Материал и методы

Нами обследована группа из 61 человека. Участниками данного исследования стали ветераны боевых действий в Афганистане, Чечне, Украине с посттравматической энцефалопатией, головной болью, находившиеся на стационарном лечении в госпитале ветеранов войн (ГБУЗ РКГВВ). Нами проведено обследование 43 таких пациентов мужского пола трудоспособного возраста. Все пациенты были разделены на две группы. В первую вошли 15 пациентов (средний возраст –  $34,6 \pm 1,5$  года) с впервые установленным диагнозом посттравматической энцефалопатии с цефалгическим синдромом. Вторую группу составили 28 пациентов (средний возраст –  $50,4 \pm 1,7$  года) с уже установленным диагнозом посттравматической энцефалопатии с цефалгическим синдромом, получавших очередное плановое лечение. В дополнение к клиническим методикам обследования нами впервые для данной группы пациентов была применена видеоокулография (айтрекинг) на программно-аппаратном комплексе «Нейробюро» (модель Scientific Edition) на базе Башкирского государственного медицинского университета. Все пациенты дали информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Контрольную группу представляли 18 здоровых добровольцев.

## Результаты и обсуждение

Острая посттравматическая цефалгия отмечалась у 38% участников исследования, хроническая головная боль – у 60%, мигрень – у 6%.

Результаты исследования внимания с применением таблицы Шульце (таблица) показали, что его нормальная концентрация, устойчивость и истоцаемость выше у пациентов с уже установленным диагнозом посттравматической энцефалопатии с цефалгическим синдромом. Опросник «Влияние головной боли» (индекс ВГБ, индекс НПТ-6) позволяет точно описать ощущения во время головной боли, как она нарушает повседневную жизнь. Ответив на вопросы данной анкеты, пациенты первой группы набрали в среднем  $68 \pm 3$  балла, пациенты второй –  $50 \pm 10$  баллов. При интерпретации полученных результатов мы учитывали, что, чем выше итоговая сумма баллов, тем значительнее негативное влияние головной боли на качество жизни. Диапазон ответов находился в пределах 36–78 баллов.

Пациенты исследуемых групп и здоровые добровольцы выполняли тест Струпа с применением видеоокулографии. Методика заключалась в показе испытуемым текста из слов, обозначающих цвет. Но цвет написанных слов чаще не соответствовал их значению. Исследуемые должны были называть цвет слова, следя взглядом за словами. Фиксировались траектория движения глаз, время выполнения теста и количество допущенных ошибок (рисунок). Анализ времени, которое потребовалось для выполнения данного задания, выявил, что у пациентов – участников боевых действий, перенесших ЧМТ, с головной болью показатели статистически значимо выше (хуже),





**Показатели внимания пациентов – ветеранов боевых действий, перенесших ЧМТ и страдающих цефалгией**

Группа	Концентрация внимания		Устойчивость внимания		Истощаемость внимания
	нормальная	недостаточная	устойчиво	неустойчиво	
Первая	10 (66%)	5 (33%)	8 (53%)	7 (47%)	8 (53%)
Вторая	21 (78%)	7 (22%)	25 (89%)	3 (11%)	20 (71%)

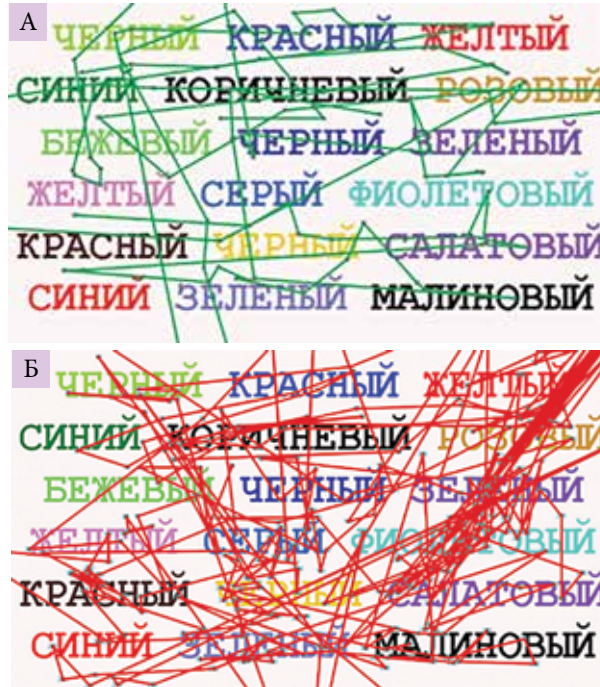
чем у здоровых добровольцев, –  $43,4 \pm 9,0$  против  $24,4 \pm 6,6$  с ( $p < 0,05$ ). Количество допущенных ошибок также статистически значимо отличалось между группами –  $1,4 \pm 1,3$  ошибки у ветеранов с головной болью и  $0,6 \pm 0,9$  ошибки у здоровых добровольцев ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

Пациенты – участники боевых действий, перенесшие ЧМТ, в силу разной приверженности лечению, мотивации, нейропсихологических особенностей представляют сложную для ведения группу. Подбор эффективной фармакотерапии и реабилитационных мероприятий у них затруднен. Особенно сложны в ведении пациенты разных возрастных групп с болевыми синдромами, в частности цефалгией, существенно снижающими качество жизни, что было показано и нами в более ранних публикациях [24, 25]. Не всегда легко дифференцировать первичную и вторичную головную боль. Тема головной боли с акцентом на личностных особенностях, в частности у ветеранов боевых действий, неоднократно обсуждалась в литературе. Данная проблема не утрачивает актуальности и сегодня и становится предметом обсуждения на всероссийских мероприятиях, посвященных вопросам изучения боли [26].

Полученные в данном исследовании результаты позволяют сделать вывод, что ветеранам боевых действий, перенесшим ЧМТ и страдающим головной болью, может потребоваться дополнительная помощь при объяснении сути заданий, инструкций по приему лекарственных средств, дополнительный контроль и мониторинг в процессе лечения как на ранних стадиях, так и в более отдаленные периоды. Это следует учитывать мультидисциплинарным командам, занимающимся реабилитацией указанного контингента больных.

Принимая во внимание небольшой объем выборки в данном исследовании, считаем, что его следует продолжить, увеличив число наблюдений и расширив



*Выполнение теста Струпа с использованием видеоокулографа здоровыми добровольцами (А) и пациентами – участниками боевых действий, перенесших ЧМТ, с цефалгией (Б)*

нейропсихологический анализ с включением других методов. Необходимо также углубить анализ полученных данных, в том числе сопоставив их с показателями приверженности пациентов терапии. \*

*Экспериментальная часть данной работы в рамках реализации программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030» выполнена на базе Башкирского государственного медицинского университета. Конфликт интересов отсутствует.*

### Литература

1. Ashina H., Eigenbrodt A.K., Seifert T., et al. Post-traumatic headache attributed to traumatic brain injury: classification, clinical characteristics, and treatment. *Lancet Neurol.* 2021; 20 (6): 460–469.
2. Nampiaparampil D.E. Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: a systematic review. *JAMA.* 2008; 300 (6): 711–719.
3. Lucas S., Blume H.K. Sport-related headache. *Neurol. Clin.* 2017; 35 (3): 501–521.
4. Yilmaz T., Roks G., de Koning M., et al. Risk factors and outcomes associated with post-traumatic headache after mild traumatic brain injury. *Emerg. Med. J.* 2017; 34 (12): 800–805.
5. Theeler B.J., Flynn F.G., Erickson J.C. Chronic daily headache in U.S. soldiers after concussion. *Headache.* 2012; 52 (5): 732–738.
6. Aaseth K., Grande R., Kvårner K., et al. Prevalence of secondary chronic headaches in a population-based sample of 30-44-year-old persons. The Akershus study of chronic headache. *Cephalalgia.* 2008; 28 (7): 705–713.
7. Rasmussen B.K., Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. *Neurology.* 1992; 42 (6): 1225–1231.
8. Ashina H., Christensen R.H., Al-Khazali H.M., et al. White matter hyperintensities and cerebral microbleeds in persistent post-traumatic headache attributed to mild traumatic brain injury: a magnetic resonance imaging study. *J. Headache Pain.* 2023; 24 (1): 15.



- Kjeldgaard D., Forchhammer H.B., Teasdale T.W., Jensen R.H. Cognitive behavioural treatment for the chronic post-traumatic headache patient: a randomized controlled trial. *J. Headache Pain.* 2014; 15 (1): 81.
- Maleki N., Finkel A., Cai G., et al. Post-traumatic headache: epidemiology and pathophysiological insights. *Nat. Rev. Neurol.* 2019; 15 (10): 607–617.
- Ladak A.A., Enam S.A., Ibrahim M.T. A review of the molecular mechanisms of traumatic brain injury. *World Neurosurg.* 2019; 131: 126–132.
- Shina H., Iljazi A., Al-Khazali H.M., et al. Hypersensitivity to calcitonin gene-related peptide in post-traumatic headache. *Ann. Neurol.* 2020; 88 (6): 1220–1228.
- Baandrup L., Jensen R. Chronic post-traumatic headache – a clinical analysis in relation to the International Headache Classification 2<sup>nd</sup> Edition. *Cephalalgia.* 2005; 25 (2): 132–138.
- Vargas B.B. Posttraumatic headache in combat soldiers and civilians: what factors influence the expression of tension-type versus migraine headache? *Curr. Pain Headache Rep.* 2009; 13 (6): 470–473.
- Jacob S., Saha A., Rajabally Y. Post-traumatic short-lasting unilateral headache with cranial autonomic symptoms (SUNA). *Cephalalgia.* 2008; 28 (9): 991–993.
- Matharu M.J., Goadsby P.J. Post-traumatic chronic paroxysmal hemicrania (CPH) with aura. *Neurology.* 2001; 56 (2): 273–275.
- Shaw L., Morozova M., Abu-Arafah I. Chronic post-traumatic headache in children and adolescents: systematic review of prevalence and headache features. *Pain Manag.* 2018; 8 (1): 57–64.
- Seifert T. Post-traumatic headache therapy in the athlete. *Curr. Pain Headache Rep.* 2016; 20 (6): 41.
- Барабанщиков В.А., Жегалло А.В. Регистрация и анализ направленности взора человека. М.: Институт психологии РАН, 2013.
- Венерина О.Г., Ермолаев В.В., Мельникова Д.В., Четверикова А.И. Применение метода айтрекинга для оценки психических состояний водителей. *Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология.* 2014; 2: 98–104.
- Скуратова К.А., Шелепин Е.Ю., Шелепин К.Ю. Программные возможности применения метода айтрекинга в исследованиях зрительного восприятия. *Российский психологический журнал.* 2022; 19 (4): 173–185.
- Горшков М.Д. Айтрекинг (окулография) – инновационная технология в клинической практике и медицинском симуляционном обучении. *Виртуальные технологии в медицине.* 2018; 1 (19): 20–23.
- Theeuwes J., Kramer A.F., Hahn S., Irwin D.E. Our eyes do not always go where we want them to go: capture of the eyes by new objects. *Psychol. Sci.* 1998; 9 (5): 379–385.
- Ахмадеева Л.Р., Магжанов Р.В., Закирова Э.Н. и др. Качество жизни пациентов с первичными цефалгиями, инсультами и миотонической дистрофией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2008; 108 (11): 72–75.
- Ахмадеева Л.Р., Терегулова Д.Р. Тревожные и депрессивные состояния и их связь с болевым синдромом у пациентов, находящихся на стационарном лечении. *Проблемы женского здоровья.* 2012; 7 (2): 23–28.
- Валиев В.С., Мустафин Х.М., Ахмадеева Л.Р. Первичные и вторичные цефалгии у ветеранов боевых действий, перенесших черепно-мозговую травму: нейропсихологический анализ. *Вестник Башкирского государственного медицинского университета.* 2023; S2: 51–53.

## Headache in War Veterans Following Traumatic Brain Injury

L.R. Akhmadeeva, PhD, Prof.<sup>1</sup>, V.S. Valiev<sup>1</sup>, R.R. Parsamyan, PhD<sup>2</sup>, N.R. Sayakhova<sup>1</sup>, R.A. Yagudina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bashkir State Medical University

<sup>2</sup> V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

Contact person: Leila R. Akhmadeeva, Leila\_ufa@mail.ru

*In this paper we analyze the results of the literature search and our own data about posttraumatic headaches in war veterans after traumatic brain injuries (TBI) who are the patients of neurologists in a war veterans' hospital.*

**Material and methods.** We examined 61 people, including 43 male patients of working age – a combat veteran with a headache after TBI, who is in hospital under the supervision of neurologists. The control group included 18 healthy volunteers.

*As methods we used Schulte tables for evaluation of attention, HIT6 index to quantify the impact of headache to daily activities such as work, education, home situation and leisure time and videooculography study (eye-tracking) with Stroop test where we measured time for completing the test and the number of mistakes.*

**Results.** The decreased attention, its instability and exhaustion were observed in war veterans both with primary headaches and with secondary headaches. Those who had brain trauma much earlier had 1.4 worse results than those who were admitted for the first time with a recent trauma. Stroop test results were worse in patients than in healthy controls: their time for the test was longer –  $43.4 \pm 9.0$  vs  $24.4 \pm 6.6$  s, and the number of mistakes was bigger  $1.4 \pm 1.3$  vs  $0.6 \pm 0.9$  accordingly.

**Conclusion.** War veterans after TBI suffer from both primary and secondary headaches. They demonstrate less attention and its exhaustion. This should be recognized and taken in consideration when offering pharmacotherapy and making multidisciplinary decisions for better rehabilitation for this category of patients.

**Keywords:** headache, neuropsychology, war veterans