

Клинические портреты «типичных» пациентов в практике невролога

Е.В. Екушева[✉]¹ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России», Москва, Россия;²Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. акад. А.М. Вейна, Москва, Россия[✉]ekushevaev@mail.ru

Аннотация

Боль в спине и нарушение памяти являются наиболее частыми жалобами пациентов на приеме у врачей разных специальностей. Широкая распространенность, снижение качества жизни и дезадаптация лиц трудоспособного возраста определяют актуальность перечисленных клинических проблем в большинстве развитых стран мира. Вместе с тем пациенты с представленными патологическими состояниями нечасто получают своевременно и в полном объеме необходимую терапию с доказанной эффективностью. Применение эффективных, патогенетически оправданных лекарственных средств является залогом успешной терапии, снижения дезадаптации этой категории больных и улучшения качества их жизни.

Ключевые слова: боль в спине, дорсопатия, нарушение памяти, когнитивные нарушения, ибупрофен замедленного высвобождения, Бруфен СР, холина альфосцерат, Церепро.

Для цитирования: Екушева Е.В. Клинические портреты «типичных» пациентов в практике невролога. Consilium Medicum. 2019; 21 (9): 131–135. DOI: 10.26442/20751753.2019.9.190646

Clinical Case

Clinical portraits of “typical” patients in the practice of a neurologist

Eugenia V. Ekusheva[✉]¹Federal Research Center for Specialized Types of Medical Assistance and Medical Technologies, Moscow, Russia;²Wayne Clinic of Headache and Autonomic Disorders, Moscow, Russia[✉]ekushevaev@mail.ru

Abstract

Back pain and impaired memory are the most common complaints of patients at the reception of doctors of different specialties. The widespread prevalence, decline in the quality of life and the maladaptation of people of working age determines the relevance of these clinical problems in most developed countries of the world. At the same time, patients with the presented pathological conditions infrequently receive the necessary therapy in time and in full with proven effectiveness. The use of effective, pathogenetically justified drugs is the key to successful therapy, reducing the maladaptation of this category of patients and improving their quality of life.

Key words: back pain, dorsopathy, memory impairment, cognitive impairment, sustained release ibuprofen, Brufen SR, choline alfoscerate, Cerepro.

For citation: Ekusheva E.V. Clinical portraits of “typical” patients in the practice of a neurologist. Consilium Medicum. 2019; 21 (9): 131–135. DOI: 10.26442/20751753.2019.9.190646

Боль в спине, головная боль и нарушение памяти и внимания являются наиболее частыми жалобами пациентов при обращении к врачам разных специальностей. Актуальность перечисленных клинических проблем определяется широкой распространенностью, снижением качества жизни и дезадаптацией лиц трудоспособного возраста, что в итоге приводит к значительному социально-экономическому ущербу в большинстве развитых стран мира. С другой стороны, пациенты с представленными патологическими состояниями нечасто получают своевременно и в полном объеме необходимую терапию с доказанной эффективностью.

Острая неспецифическая боль в спине, или дорсопатия, является одной из ведущих причин обращения за медицинской помощью и объединяет широкий спектр нарушений состояния мышечно-связочных и костных структур позвоночника [1]. Согласно результатам оценки Глобального бремени заболеваний 2016 г. (Global Burden of Disease), боль в нижней части спины находится на первом месте среди ведущих причин нетрудоспособности и выраженной дезадаптации, обусловленных неврологическим заболеванием [2]. Боль в нижней части спины наблюдается в популяции до 80% случаев, нарушая качество жизни у лиц трудоспособного возраста – до 45 лет [3]. Результаты проведенного в Германии многоцентрового эпидемиологического исследования [4] продемонстрировали, что 85,5% опрошенных хотя бы раз в жизни испытывали боль в спине, а в целом ее распространенность достигает 37,1%. В США боли в спине являются 5-й по частоте причиной для госпитализации и 3-й – среди показаний к хирургическому лечению [3, 5].

Основными причинами для возникновения неспецифической скелетно-мышечной боли в спине являются патология суставов и связочного аппарата позвоночника и миофасциальный болевой синдром [6]. Тактика ведения больных с остро возникшей дорсопатией предполагает исключение потенциально опасных состояний и/или заболеваний для ее возникновения; эффективное купирование болевого синдрома, способствующее восстановлению повседневной активности пациентов, и предотвращение или снижение риска хронизации заболевания. Крайне важным этапом ведения этой категории больных является своевременное и эффективное купирование острого эпизода боли в спине, поскольку это позволяет увеличить объем реабилитационных мероприятий, адекватно расширить двигательный режим и сократить сроки дальнейшей нетрудоспособности пациентов [7]. Продемонстрирована очевидная связь между эффективностью проводимой противовоспалительной терапии и продолжительностью периода восстановления двигательной активности [8].

Наиболее широко используемыми препаратами или «золотым стандартом» для купирования острой боли в спине и обострения хронического болевого синдрома являются лекарственные средства из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) [9], в основе анальгетического и противовоспалительного действия которых лежат торможение синтеза простагландинов и подавление активности фермента циклооксигеназы, что приводит к снижению уровня многих медиаторов воспаления [8, 10]. Вместе с тем на практике 75% пациентов не удовлетворены широким спектром используемых лекарственных средств, что в первую очередь обусловлено отсутствием

или недостаточным эффектом от приема препаратов и/или связанными с ними нежелательными побочными эффектами [11]. Неадекватный уровень обезболивания приводит к неконтролируемому приему дополнительных средств из группы НПВП, что, в свою очередь, увеличивает риск побочных явлений и снижает приверженность пациентов терапии [12].

Клинический пример. Пациент Т. 43 лет, стоматолог, обратился с жалобами на интенсивные тянущие боли в поясничном отделе позвоночника, оцениваемые по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) на 6–7 баллов и иррадиирующие по задней поверхности правого бедра до колена, которые усиливаются при ходьбе и несколько уменьшаются после отдыха в положении лежа. Также беспокоит нарушение сна – сложность заснуть из-за интенсивной боли в спине.

Анамнез заболевания: боли в области поясницы возникли 3 года назад после длительной познестатической нагрузки на работе. Проведенные обследования (магнитно-резонансная томография – МРТ поясничного отдела позвоночника, клинические анализы крови и мочи, анализ крови на ревмопробы) патологии не выявили. Прием НПВП в течение 10 дней уменьшил выраженность болевого синдрома, но Т. отмечал, что первые несколько дней приходилось неоднократно принимать обезболивающие средства, которые не всегда значительно или кратковременно влияли на интенсивность болевого синдрома, по состоянию здоровья почти 2 нед не ходил на работу. В течение последнего года периодически появлялось ощущение скованности и неинтенсивной (до 2–3 баллов по ВАШ) боли в области поясницы, усиливающееся после длительной работы или сидения за компьютером и, как правило, проходящее после ночного сна.

Настоящее обострение началось неделю назад, когда после неловкого движения (поскользнулся на мокром полу) в правой ноге возникла резкая, простреливающая боль с интенсивностью до 7–8 баллов по ВАШ. Амбулаторно проведено обследование, включающее МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, выявившего протрузии межпозвонковых дисков L3–L4, L4–L5, L5–S1, спондилоартроз на всех уровнях, а также анализы крови и мочи, не обнаружившие отклонений от нормы. На протяжении последних 5 дней самостоятельно использовал для купирования боли в спине препараты и мази с НПВП и согревающие компрессы с кратковременным и неполным облегчением, часто наблюдал обострение болевого синдрома в вечернее и ночное время, в связи с чем последние несколько ночей мало и плохо спал. Хронических заболеваний не отмечает.

Неврологическое обследование: сколиоз, напряжение длинных мышц спины справа. При пальпации паравerteбральных мышц в поясничном отделе позвоночника отмечаются напряжение и болезненность. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во всех направлениях из-за боли. Сила во всех группах мышц достаточная, при этом несколько затруднено исследование силы в проксимальных отделах правой ноги из-за усиления боли. Рефлекторных, чувствительных и тазовых нарушений нет, симптом Ласега слабоположителен справа. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Таким образом, у пациента Т. наблюдается неспецифическая боль внизу спины, обусловленная мышечно-тоническим и миофасциальным болевым синдромом. Было рекомендовано: ибупрофен 800 мг в виде лекарственной формы замедленного высвобождения (Бруфен СР) 2 таблетки на ночь, толперизон, витамины группы В, физиотерапевтическое воздействие и лечебная гимнастика. Показана повторная консультация через 1 нед для оценки эффективности проводимой терапии, ее возможной коррекции и определения дальнейшей тактики ведения.

На фоне проводимого лечения через 1 нед у Т. отмечались существенное снижение интенсивности боли до 2–3 баллов по ВАШ, отсутствие ее нарастания во второй половине дня и существенно меньший дискомфорт и боль при ходьбе, а также нормализация ночного сна. Пациент на 5-й день терапии смог на несколько часов выйти на работу и планировал в ближайшие дни уже работать в обычном, достаточно плотном графике. Рекомендованные методы нефармакологического лечения еще не использовал. Учитывая эффект проводимой терапии, показано продолжить прием Бруфена СР 2 таблетки в раннее вечернее время (8 часов вечера), толперизона и витаминов группы В в течение недели. С пациентом был обсужден дальнейший план лечения, включающий физиотерапевтические процедуры и занятия лечебной физкультурой с постепенным наращиванием интенсивности и сложности упражнений для увеличения и поддержания двигательной активности, регулярное выполнение комплекса упражнений и улучшение эргономики места его работы.

Данный клинический случай демонстрирует максимально быстрое и эффективное купирование боли в спине, нормализацию ночного сна и восстановление работоспособности пациента, что не только значительно влияет на качество жизни лиц трудоспособного возраста, но и позволяет предотвратить рецидивирование и хронизацию заболевания.

НПВП обладают способностью влиять на болевую импульсацию на всех уровнях нервной системы от ноцицепторов до нейрональных систем головного мозга, так, давно и широко используемый во многих странах мира ибупрофен оказывает нисходящее антиноцицептивное влияние, обладает центральными и периферическими механизмами действия на острую и хроническую боль [13]. Лекарственные средства из группы НПВП эффективны и удобны в использовании, вместе с тем при их назначении необходимо рассматривать возможные риски возникновения нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и почек [11, 13]. Применение новых форм НПВП с замедленным высвобождением может улучшить профиль переносимости препаратов, а при решении вопроса своевременного и эффективного обезболивания, особенно на острой стадии болевого синдрома, лекарственные средства этой категории, в частности ибупрофен 800 мг пролонгированного высвобождения (Бруфен СР), являются препаратами выбора для повышения эффективности купирования боли и снижения риска ее дальнейшей хронизации.

Пролонгированная лекарственная форма ибупрофена 800 мг (Бруфен СР) обеспечивает постепенное высвобождение активного вещества с более медленной скоростью по сравнению с лекарственными формами немедленного высвобождения и уменьшением значения максимальной концентрации (C_{max}) в плазме крови, которое достигается приблизительно через 3 ч после применения ибупрофена. Таким образом, в системном кровотоке дольше поддерживаются плазменные концентрации лекарственного средства, и прием препарата Бруфен СР 1 раз в сутки обеспечивает стабильное содержание более высоких средних плазменных концентраций в течение последующих 24 ч [14], что особенно важно для пациентов, страдающих от боли с суточным ритмом нарастания. Фармакологические свойства Бруфена СР обеспечивают адекватное и эффективное обезболивание при однократном суточном приеме, он имеет потенциально улучшенный профиль безопасности и переносимости, что, безусловно, увеличивает комплаентность пациентов, их приверженность принимаемой терапии и позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора для лечения неспецифической боли в спине [14].

Несмотря на полное и своевременное купирование острого болевого синдрома, дальнейший прогноз течения не-

специфической боли в спине не всегда однозначен, поскольку даже при полном регрессе болевого синдрома более чем в 50% случаев отмечаются его рецидивы [7]. Стратегически важно ориентировать пациента с острой болью в спине или обострением хронического болевого синдрома на выполнение поведенческих рекомендаций, соблюдение адекватного двигательного режима и объяснить значение физических упражнений и гимнастики и других методов нефармакологического воздействия для лечения и предотвращения повторных рецидивов боли в спине [8, 9]. При этом при возникновении обострений неспецифической боли в спине своевременный и быстрый прием эффективно обезболивающего и противовоспалительного препарата Бруфен СР патогенетически оправдан для купирования болевого синдрома и предотвращения дальнейшей хронизации патологического процесса.

Нарушение памяти, внимания и другие когнитивные нарушения (КН) являются частыми расстройствами в общей популяции и одной из наиболее актуальных и значимых проблем современной медицины, с которой сталкиваются врачи разных специальностей в клинической практике. Выраженные расстройства когнитивных функций (КФ) нарушают бытовую, социальную и профессиональную деятельность, приводят к снижению качества жизни, а в ряде случаев – к инвалидизации и развитию полной зависимости от окружающих, что чаще наблюдается у людей пожилого и старческого возраста. Распространенность КН, не достигающих степени деменции, составляет 15–20% [15]. Показано, что по мере старения частота встречаемости КН прогрессивно увеличивается: от 20% – у людей 60–69 лет до более чем 40% – старше 85 лет [15]. Вместе с тем на уровне первичного звена здравоохранения существуют значительные проблемы с диагностикой и последующей терапией КН. Возможными причинами сложившейся ситуации являются отсутствие активных жалоб пациента и явных клинических симптомов когнитивного дефицита, недостаточная настороженность врачей в отношении диагностики самых ранних проявлений КН, ограниченный навык врача при их тестировании и таким образом трудности объективизации и динамического наблюдения, а также сомнения клинициста в курабельности данной патологии.

Согласно последней редакции Американского руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM V), когнитивное расстройство представляет собой снижение одной или нескольких познавательных функций по сравнению с ранее имеющимся уровнем [16], как правило, на передний план выходят нарушение памяти, внимания и интеллектуальной деятельности. КН могут быть разной степени выраженности от субклинических или субъективных, легких и умеренных расстройств (недементные нарушения) до выраженных, достигающих степени деменции; и они наблюдаются при большом количестве разных заболеваний.

Клинический пример. Пациентка М. 59 лет обратилась с жалобами на нарушение памяти и забывчивость в процессе работы и повседневной деятельности последние 2 года, повышенную утомляемость и вялость в течение дня.

М. работает учителем биологии в школе и вынуждена постоянно составлять подробный план ежедневной деятельности, чтобы ничего не забыть, хотя раньше все помнила наизусть. Затруднений в профессиональном плане при проведении уроков по своему предмету не испытывает, однако часто забывает фамилии учеников и может путать последовательность намеченных мероприятий. Последний год заметила, что стало сложнее справляться с повышенной интеллектуальной нагрузкой, например, при подготовке учеников к тестированию по новой методике или олимпиаде, особенно если это происходит в течение длительного времени. Дома часто не может найти важные для нее вещи, не всегда помнит содержание недавнего разговора

с супругом или не так давно прочитанной интересной книги. Нередко может путать даты последних важных событий, при этом хорошо помнит отдаленные даты и события жизни. Ориентируется в пространстве и времени, как и раньше.

Нарушения памяти возникли исподволь, приблизительно на одном и том же уровне в течение последних полутора лет, 7 мес назад М. обращалась в поликлинику по месту жительства, где ей была назначена терапия сосудистыми и ноотропными препаратами, через 1 мес приема которой она наблюдала положительный, но кратковременный эффект.

Из анамнеза известно, что последние 15 лет пациентка курит, 3 года назад был поставлен диагноз «ожирение и гиперлипидемия», рекомендованные препараты из группы статинов принимает нерегулярно, но старается соблюдать диету, похудела на 7 кг. У мамы и тети отмечались ишемические инсульты и артериальная гипертензия, у тети также наблюдалось нарушение памяти, особенно последние годы жизни.

Клинико-неврологический осмотр: сознание ясное, при общении контактна и адекватна, правильно ориентирована в месте и времени. Двигательных, чувствительных, координаторных и вегетативных нарушений нет. Нейропсихологическое тестирование: оценка по краткой шкале оценки психического статуса – 26 баллов (норма 30). Тест рисования часов выполняет удовлетворительно. Батарея лобной дисфункции – 17 баллов (норма). Нарушений интеллекта, мышления, праксиса, гнозиса нет.

МРТ головного мозга (1,5 Тесла): атрофия гиппокампа и небольшое расширение субарахноидальных пространств, более выраженное в теменно-височных областях. Биохимический анализ крови: повышение показателей холестерина, липопротеинов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов и коэффициента атерогенности. Иные исследования (коагулограмма, гормоны щитовидной железы, клинические анализы крови и мочи, серологические обследования) значимой патологии не выявили.

Таким образом, у пациентки М. отмечаются синдром умеренных КН, ожирение и гиперлипидемия. Было назначено: соблюдение поведенческих рекомендаций (диета, прекращение курения, умеренная физическая нагрузка), регулярный прием препаратов из группы статинов и холинергических средств, в частности холина альфосцерата (Церебро®) по схеме, начиная с парентерального применения препарата в суточной дозе 1000 мг в течение 2 нед с последующим пероральным длительным приемом Церебро® в дозе 1200 мг/сут, преимущественно в первой половине дня.

При повторной консультации через 3 мес у пациентки отмечался отчетливый клинический эффект в виде улучшения процессов памяти, концентрации, внимания и общего самочувствия. М. стала составлять план ежедневной деятельности схематично, не так подробно, как раньше, реже путать последовательность намеченных мероприятий, легче справляется с длительной и интенсивной интеллектуальной нагрузкой. В быту отметила, что редко забывает, куда положила важную для нее вещь, или содержание недавнего разговора с близкими людьми. В целом чувствует себя активнее, меньше утомляется, несмотря на насыщенный рабочий график. Кроме того, М. отмечает, что ранее наблюдающиеся последние годы почти ежедневные ноющие боли в области спины и суставов стали меньше беспокоить, хотя она не принимала по этому поводу уже давно какие-либо препараты.

Пациентке М. было рекомендовано: продолжать соблюдение поведенческих мероприятий, регулярный прием препаратов из группы статинов и Церебро® перорально в дозе 1200 мг/сут, преимущественно в первой половине дня, еще 3 мес. С учетом значимого улучшения КФ на фоне приема Церебро® показаны повторные курсы препарата по

аналогичной схеме (парентерально с последующим переходом на пероральное применение препарата) не менее 6 мес наряду с нефармакологическими методами лечения и поведенческими рекомендациями.

Обращает на себя внимание, что при адекватном по продолжительности приеме препарата холина альфосцерата (Церебро®) у пациентки отмечалось уменьшение выраженности болевого синдрома. Последние годы показано, что медиатор ацетилхолин играет важную роль не только в обеспечении КФ, но и обладает антиноцицептивными влияниями, воздействуя на нейрональные системы спинального и супраспинального уровней (области передней поясной извилины, префронтальной коры, миндалевидного тела и инсультных отделов) [17].

Результаты исследований последних лет [18–22] убедительно продемонстрировали у пациентов с хроническим болевым синдромом структурные изменения в виде атрофии и уменьшения объема серого вещества в областях головного мозга, имеющих непосредственное отношение к процессам возникновения и поддержания боли: орбитофронтальной коре, таламусе, поясной извилине, дорсолатеральной префронтальной коре, базальных ганглиях, гиппокампе, инсультных отделах и дорсальной части ствола. При этом выраженность анатомических перестроек вещества головного мозга прямо коррелирует с длительностью болевого синдрома [18], таким образом происходят дезадаптивные нейропластические изменения. Большая часть указанных областей головного мозга принимает непосредственное участие в реализации КФ, при этом показана обратная связь между интенсивностью боли и КФ [20, 21, 23]. В частности, у пациентов с хроническим болевым синдромом с помощью нейропсихологических тестов объективизировано нарушение процессов памяти, внимания, скорости и исполнительных функций [20]. Важно заметить, что функциональные нарушения, отражающие процессы дезадаптивной пластичности и лежащие в основе формирования и поддержания когнитивных расстройств и болевого синдрома, обычно обратимы после своевременно начатого и правильно проведенного лечения, что подразумевает использование патогенетически обоснованных лекарственных средств в соответствующих дозах и адекватно по продолжительности времени приема.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

- Atkinson JH. Chronic back pain: searching for causes and cures. *J Rheumatol* 2004; 31: 2323–5.
- Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 2017; 390: 1211–859.
- Shmagel A, Foley R, Ibrahim H. Epidemiology of chronic low back pain in US adults: data from the 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016; 68 (11): 1688–94.
- Schmidt C, Raspe H, Pfingsten M et al. Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine* 2007; 32 (18): 2005–11.
- Tavee JO, Levin KH. Low Back Pain. *Continuum (Minneapolis)* 2017; 23 (2): 467–86.
- Исайкин А.И., Шевцова Г.Е., Рожков Д.О. и др. Роль мышечного фактора в развитии поясничной боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017; 9 (2): 95–101. [Isaikin A.I., Shevtsova G.E., Rozhkov D.O. et al. Role of muscle factor in development of low back pain. *Neurologia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika*. 2017; 9 (2): 95–101 (in Russian).]
- Екушева Е.В., Войтенков В.Б. Острая боль в спине в практике невролога. *ПМЖ*. 2017; 9: 632–6. [Ekusheva E.V., Voitenkov V.B. Ostraiia bol' v spine v praktike neurologa. *RMZh*. 2017; 9: 632–6 (in Russian).]
- Chou R, Deyo R, Friedly J et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an american college of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2017; 166 (7): 480–92.

9. Knaggs R. Low back pain clinical guidelines: similarities and divergent views across the pond. *British J Pain* 2017; 11 (2): 70.
10. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332: 1430–4.
11. Rofail D, Myers L, Froggatt D. Treatment satisfaction and dissatisfaction in chronic low back pain: a systematic review. *J Psychol Psychother* 2016; 6: 260.
12. Екушева Е.В. Оптимальные подходы к купированию приступа мигрени: прошлое, настоящее и будущее. *РМЖ*. 2012; 10: 522–6.
- [Ekusheva E.V. Optimal'nye podkhody k kupirovaniyu pristupa migreni: proshloe, nastoiashchee i budushchee. *RMZh*. 2012; 10: 522–6 (in Russian).]
13. Hodkinson DJ, Khawaja N, O'Daly O et al. Cerebral analgesic response to nonsteroidal anti-inflammatory drug ibuprofen. *Pain* 2015; 156 (7): 1301–10.
14. Инструкция по медицинскому применению препарата Бруфен СР. [Instruktsiia po meditsinskomu primeneniiu preparata Brufen SR (in Russian).]
15. Rasquin SM, Lodder J, Visser PJ. Predictive accuracy of MCI subtypes for Alzheimer's disease and vascular dementia in subjects with mild cognitive impairment: a 2-year follow-up study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19 (2/3): 113–9.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-5, DSM-V). Washington, DC: London: American Psychiatric Association, 2013.
17. Naser P, Kurer R. Molecular, cellular and circuit basis of cholinergic modulation of pain. *Neurosci* 2018; 387: 135–48.
18. Apkarian A, Sosa Y, Sonty S et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci* 2004; 24 (46): 10410–5.
19. Apkarian AV, Hashmi JA, Baliki MN. Pain and the brain: specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain* 2011; 152 (3 Suppl): S49–64.
20. Moriarty O, McGuire BE, Finn DP. The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research. *Prog Neurobiol* 2011; 93 (3): 385–404.
21. Weiner DK, Rudy TE, Morrow L et al. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med* 2006; 7 (1): 60–70.
22. Mutso AA, Radzicki D, Baliki MN et al. Abnormalities in hippocampal functioning with persistent pain. *J Neurosci* 2012; 32 (17): 5747–56.
23. Eccleston C. Chronic pain and distraction: An experimental investigation into the role of sustained and shifting attention in the processing of chronic persistent pain. *Behav Res Ther* 1995; 33 (4): 391–405.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Екушева Евгения Викторовна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. нервных болезней Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ, Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. акад. А.М. Вейна. E-mail: ekushevaev@mail.ru

Eugenia V. Ekusheva – D. Sci. (Med.), Prof., Federal Research Center for Specialized Types of Medical Assistance and Medical Technologies, Wayne Clinic of Headache and Autonomic Disorders. E-mail: ekushevaev@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 27.09.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 31.10.2019