

ка данных — Е. Б. Кузнецова; анализ и интерпретация результатов — Е. Б. Кузнецова, И. И. Шоломов, С. В. Герасимов; написание статьи — Е. Б. Кузнецова; утверждение рукописи для публикации — Е. Б. Кузнецова, И. И. Шоломов.

References (Литература)

1. Kalinin AP, Kotov VM, Karpenko AA. Neurological masks of hypothyroidism in adults. *Clinical medicine* 2003; 81 (10): 20–28. Russian (Калинин А. П., Котов В. М., Карпенко А. А. Неврологические маски гипотиреоза у взрослых. *Клиническая медицина* 2003; 81 (10): 58–62).
2. Piroeva KA, Tamkaeva MH. The defeat of the nervous system in endocrine diseases. M.: Medicine, 2004; p. 20–28. Russian (Пироева К. Э., Тамкаева М. Х. Поражение нервной системы при эндокринных заболеваниях. М.: Медицина, 2004; с. 20–28).
3. Fadeev VV, Melnichenko GA. Hypothyroidism (manual for physicians). M.: RKI Severo-press, 2002; 120 p. Russian (Фадеев В. В., Мельниченко Г. А. Гипотиреоз (руководство для врачей). М.: РКИ Северо-пресс, 2002; 120 с.).
4. Cibikov NN, Zueva AA, Ghigghitova EB, Prutkina EV. The level of neuron specific enolase and antibodies to it in the blood serum of autoimmune thyropathies. *Medical Immunology* 2010; 12 (1-2): 147–150. Russian (Цыбиков Н. Н., Зуева А. А., Жиг-

житова Е. Б., Пруткина Е. В. Уровень нейронспецифической енолазы и аутоантител к ней в сыворотке крови при аутоиммунных тиреопатиях. *Медицинская иммунология* 2010; 12 (1-2): 147–150).

5. Blennow KA, Wallin A, Ekamnt R. Neuron specific enolase in cerebrospinal fluid: a biochemical marker for neuronal degeneration in dementia disorders. *J Neurol Transm* 1994; 8: 27–30.

6. Rabinowicz AJ. Neuron specific enolase is increased after single seizures during in-patient video/EEG monitoring. *Epilepsia* 1996; 37: 122–125.

7. Antonova OM. Neuron specific enolase and its role in the mechanisms of the antibody into the brain of aggression: PhD abstract. M., 1997; 22 p. Russian (Антонова О. М. Нейронспецифическая енолаза и ее роль в механизмах антительной агрессии в мозг: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997; 22 с.).

8. Gukova IA, Alifirova VM, Gukova NG. Neuron specific enolase as a specific marker of the neurodegenerative process. *Bulletin of the Siberian medicine* 2011; 2: 15–21. Russian (Жукова И. А., Алифиорова В. М., Жукова Н. Г. Нейронспецифическая енолаза как неспецифический маркер нейродегенеративного процесса. *Бюллетень сибирской медицины* 2011; 2: 15–21).

9. Weetman A. P. Hypothyroidism: screening and subclinical disease. *BMJ* 2007; 314: 1175–8.

УДК 616.832–004.2-02-07-08:616.88–008.45/.46] "312"(091) (045)

Оригинальная статья

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

В. А. Куташов — ГБОУ ВПО «Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО, профессор, доктор медицинских наук; **О. В. Ульянова** — ГБОУ ВПО «Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, ассистент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО, кандидат медицинских наук; **Т. Ю. Хабарова** — ГБОУ ВПО «Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО, кандидат психологических наук; **А. В. Будневский** — ГБОУ ВПО «Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, проректор по научно-инновационной деятельности, заведующий кафедрой факультетской терапии, профессор, доктор медицинских наук.

COGNITIVE IMPAIRMENT IN MULTIPLE SCLEROSIS

V. A. Kutashov — Voronezh State Medical University n.a. N. N. Burdenko, Department of Psychiatry and Neurology IDPO, Professor, Doctor of Medical Sciences; **O. V. Ulyanova** — Voronezh State Medical University n.a. N. N. Burdenko, Assistant of the Department of Psychiatry and Neurology IDPO, Candidate of Medical Sciences, **T. Y. Khabarova** — Voronezh State Medical University n.a. N. N. Burdenko, Department of Psychiatry and Neurology IDPO, Associate Professor, Candidate of Psychological Sciences; **A. V. Budnevsky** — Voronezh State Medical University n.a. N. N. Burdenko, on scientific and innovative activity of the Russian Federation Ministry of Health Vice-Rector, Head of the Department of Faculty Therapy, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Дата поступления — 01.06.2016 г.

Дата принятия в печать — 09.06.2016 г.

Куташов В. А., Ульянова О. В., Хабарова Т. Ю., Будневский А. В. Когнитивные нарушения при рассеянном склерозе. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2016; 12 (2): 267–270.

Цель: выявить степень когнитивных нарушений (КН) и оптимизировать лечение у больных с рассеянным склерозом (РС). **Материал и методы.** Обследовано 695 пациентов (278 мужчин и 417 женщин), возраст которых варьировался от 18 до 63 лет. Средний возраст составил 30,2±0,7 года: у женщин 28,5±0,5, у мужчин 31,8±0,7 года. Ремиттирующий тип (РТ) течения РС установлен у 520 пациентов (74,8%), вторично прогрессирующий тип (ВПТ РС) — у 132 больных (18,9%), а первично прогрессирующий тип (ППТ РС) — у 10 пациентов (1,5%). Клинически изолированный синдром (КИС) выявлен у 33 пациентов (4,8%). Диагноз РС установлен 662 больным по критериям McDonald и соавт. (2005). Суммарная оценка неврологического дефицита проводилась по расширенной шкале инвалидизации (Expanded Disability Status Scale — EDSS). КН оценивались с помощью общепринятых тестов. Для оценки ориентировки во времени, кратковременной и долговременной памяти, внимания и концентрации, а также исполнительных функций, памяти, речи, оптико-пространственной деятельности, концептуального мышления, счета использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). Для скрининга деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур использовалась батарея лобных тестов для оценки лобной дисфункции. **Результаты.** Соотношение мужчин (265) и женщин (397) было 1:1,5. Тяжесть состояния пациентов по шкале EDSS колебалась от 1,5 до 8,0 баллов, средний балл 3,5±1,2. В группе больных с РТ РС средний балл EDSS был более чем в два раза меньше (2,5±1,1), чем в группе больных с ВПТ РС (5,5±1,2) и ППТ РС (6,5±1,2). При изучении анамнеза выяснено, что развитию РС (662 пациента) предшествовали следующие состояния: перенесенная вирусная инфекция — у 277 пациентов (41,84%); переутомление — у 147 больных (22,21%); перенесенная психосоциальная нагрузка — у 218 (32,93%); после беременности и родов — у 20 пациенток (3,02%). **Заключение.** Среди пациентов с РС чаще встретился ремиттирующий тип течения заболевания. КН были диагностированы у 82,93% пациентов. У некоторых больных КН выходят на первый план уже в дебюте заболевания, при минимальном неврологическом дефиците, что существенно осложняет лечение и ухудшает последующую

социальную адаптацию данной группы пациентов. У пациентов с ВПТ РС уровень КН оказался статистически достоверно ниже, чем у пациентов с РТ РС.

Ключевые слова: рассеянный склероз, молодой возраст, инвалидизация, специализированная медицинская помощь, этиопатогенетическое лечение, когнитивные нарушения.

Kutashov VA, Ulyanova OV, Khabarova TY, Budnevsky AV. Cognitive impairment in multiple sclerosis. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (2): 267–270.

Aim: to identify the degree of cognitive impairment (CN) and to optimize the treatment of patients with multiple sclerosis (MS). **Material and methods.** A total of 695 patients (278 men and 417 women) were ranged from 18 to 63 years. The mean age was 30.2 ± 0.7 years: women (417) 28.5 ± 0.5 years, while for men (278) 31.8 ± 0.7 years. Relapsing-remitting type (RT) of MS was established in 520 patients (74.8%), secondary progressive type (VPT MS) in 132 patients (18.9%) and primary progressive type (PPT MS) in 10 patients (1.5%). Clinically isolated syndrome (CIS) was detected in 33 patients (4.8%). The diagnosis of MS 662 patients according to the criteria McDonald et al. (2005). Score of neurologic deficit was carried out on an extended scale of disability (Expanded Disability Status Scale — EDSS). CN were evaluated by conventional tests. To estimate the orientation in time, assessment of short-term and long-term memory, attention and concentration, as well as executive functions, memory, language, evaluation of optical-spatial activities, conceptual thinking, the account used by the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA). For the screening of dementia with a primary lesion of the frontal lobes and subcortical cerebral structures used battery frontal test to assess frontal dysfunction. **Results.** The ratio of male (265) and female (397) was 1:1.5. The severity of the condition patients EDSS scale ranged from 1.5 to 8.0 points, and the average score was 3.5 ± 1.2 . In the group of patients with RT RS average score EDSS was more than a half (2.5 ± 1.1), than in the group of patients with MS VAC (5.5 ± 1.2) and POS PC (6.5 ± 1.2). In the study of history, it was found that the development of the RS (662 patients) was preceded by the following conditions: a viral infection in 277 patients (41.84%); fatigue in 147 patients (22.21%); transferred psycho-emotional load from 218 (32.93%); after pregnancy and childbirth in 20 patients (3.02%). **Conclusion.** Among the patients with MS often met type remitting course of the disease. CN were diagnosed in 82.93% of patients. Some patients KN come to the fore in the onset of the disease, with minimal neurologic deficit, which significantly complicates the treatment and impairs the subsequent social adaptation of this group of patients. In the patients with a VPT MS KN level was statistically significantly lower than in patients with RT RS.

Key words: multiple sclerosis, young age, disability, specialized medical care, ethiopathogenetic treatment, cognitive disorders.

Введение. Рассеянный склероз (РС) — хроническое демиелинизирующее заболевание, в основе которого лежит комплекс аутоиммунных и нейродегенеративных процессов, приводящих к множественному очаговому поражению центральной нервной системы (ЦНС), что, в свою очередь, приводит к нарушению когнитивных функций [1–4]. На сегодняшний день РС является неизлечимым заболеванием [5–10].

История изучения РС насчитывает почти полтора века. Первое упоминание о РС сделано в 1835 г. французским патологоанатомом Леоном Жаном Батистом Крювелье [2, 3], который обнаружил изменения в ЦНС и назвал их «пятнистым или островковым склерозом». В 1866 г. французский невропатолог Жан Мартен Шарко впервые описал неврологическую картину РС: нистагм (подергивание глазных яблок), интенционное дрожание (усиливающееся при приближении к цели) и скандированную (прерывистую) речь («триада Шарко») [6, 9]. В 1916 г. Джемс Даусон детально описал микроскопическую картину поражения мозга при РС. Томас Риверс в 1935 г. впервые в эксперименте воспроизвел демиелинизирующее заболевание на животных и высказал предположение об аутоиммунном характере РС. Среди отечественных неврологов значительный вклад в изучение этиологии, патогенеза и клинических проявлений РС внесли В. И. Головкин, Д. А. Марков, В. М. Алифирова, Г. Н. Бисага, А. Н. Бойко, Е. И. Гусев, И. А. Завалишин, А. А. Скоромец, И. Д. Столяров, Н. Н. Спирин [2, 3, 6, 9].

В настоящее время в мире насчитывается от 2,5 до 3 млн больных РС: около 450 тысяч в Европе; от 250 до 400 тысяч в США; более 150 тысяч в России [2, 3, 6]. Наиболее велика распространенность РС в северных, северо-западных и западных регионах России, где фиксируется от 30 до 70 случаев заболе-

вания на 100 тысяч населения [1–3], причем каждый год регистрируется около 5000 новых случаев [1–3].

Необходимо заметить, что одним из ранних проявлений РС являются когнитивные нарушения (КН). Они усугубляются при прогрессировании заболевания, встречаясь у 25–60% пациентов, и часто являются доминирующими симптомами. В последнее время изучению КН при РС уделяют внимание многие исследователи [1, 2, 4, 7, 8, 10].

Одной из актуальных проблем в неврологии является медикаментозное лечение РС. Препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС), снижают частоту и тяжесть обострений, замедляют темпы прогрессирования неврологического дефицита, а также могут отдалить развитие грубых КН, что в свою очередь, позволит пациентам молодого возраста сохранить их социальную востребованность в обществе и улучшить качество жизни. Общепринятым стандартом лечения пациентов с РС в стадии обострения является высокодозная пульс-терапия метилпреднизолоном по 1 г ежедневно в течение 3–5 дней внутривенно, капельно, а при сохраняющемся неврологическом дефиците осуществляется внутримышечное введение дексаметазона в течение 7–14 дней или прием преднизолона перорально в течение 30 дней [1, 2, 5–7, 9].

Цель: выявить степень когнитивных нарушений и оптимизировать лечение у больных с рассеянным склерозом.

Материал и методы. Исследование проводилось в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен этическими комитетами участвующих клинических центров. До включения в исследование у всех участников получено письменное информированное согласие. Обследовано 695 пациентов (278 мужчин и 417 женщин). Больные находились на стационарном лечении в БУЗ ВО Воронеж «ГКБСМП №1» в течение пяти лет (с 2011 по 2015 г.): 2011 г. — 128 пациентов; 2012 г. — 137; 2013 г. — 143; 2014 г. —

Ответственный автор — Ульянова Ольга Владимировна
Тел.: 89103463226
E-mail: alatau08@mail.ru

155; 2015 г. — 132. Возраст пациентов варьировался от 18 до 63 лет, средний возраст $30,2 \pm 0,7$ года: у женщин $28,5 \pm 0,5$; у мужчин $31,8 \pm 0,7$ года. Ремиттирующий тип (РТ) течения РС установлен у 520 пациентов (74,8%); вторично прогрессирующий тип (ВПТ РС) у 132 больных (18,9%); первично прогрессирующий тип (ППТ РС) у 10 пациентов (1,5%). Клинически изолированный синдром (КИС) выявлен у 33 пациентов (4,8%). Таким образом, диагноз РС установлен 662 больным по критериям McDonald и соавт. (2005).

Суммарная оценка неврологического дефицита проводилась по расширенной шкале инвалидизации (Expanded Disability Status Scale — EDSS). КН оценивались с помощью общепринятых тестов [6, 7]. Для оценки ориентировки во времени, кратковременной и долговременной памяти, внимания и концентрации, а также исполнительных функций, памяти, речи, оптико-пространственной деятельности, концептуального мышления, счета использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) [6, 7]. Для скрининга деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур использовалась батарея лобных тестов для оценки лобной дисфункции [6, 7]. Протокол исследования одобрен этическим комитетом Воронежского ГМУ им. Н. Н. Бурденко.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 6.0 (StatSoft). Определялись параметры описательной статистики (среднее арифметическое — M , стандартная ошибка среднего — m , среднеквадратическое отклонение — σ), критерии Стьюдента (t), Пирсона (χ^2), парных сравнений эмпирических частот событий. Различия значений показателей считались достоверными при достоверной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$).

Результаты. Соотношение мужчин (265) и женщин (397) было 1:1,5. Тяжесть состояния пациентов по шкале EDSS колебалась от 1,5 до 8,0 баллов, средний балл $3,5 \pm 1,2$ ($p \leq 0,05$). В группе больных с РТ РС средний балл EDSS был в два раза меньше ($2,5 \pm 1,1$), чем в группе больных с ВПТ РС ($5,5 \pm 1,2$) и ППТ РС ($6,5 \pm 1,2$) ($p \leq 0,05$). При изучении анамнеза выяснено, что развитию РС (662 пациента) предшествовали следующие состояния: перенесенная вирусная инфекция — у 277 пациентов (41,84%); переутомление — у 147 больных (22,21%); перенесенная психоэмоциональная нагрузка — у 218 (32,93%); после беременности и родов — у 20 пациенток (3,02%).

В ходе оценки нейропсихологического статуса диагностированы КН у 549 (82,93%) пациентов. При поступлении пациентов в стационар отмечалось умеренное снижение когнитивных функций по шкале MoCA: у пациентов с РТ РС средний балл при поступлении составлял 23 балла, а у пациентов с ВПТ РС — 19.

Всем больным (695 человек) проведен курс противорецидивной пульс-терапии метилпреднизолоном (средняя курсовая доза составила 5000 мг.). Сеансы плазмафереза (от 3 до 5 сеансов) проводились всем 662 пациентам в комплексном лечении РС. В качестве дополнительной симптоматической терапии использовались ангиопротекторы, антиагреганты, антиоксиданты (церебролизин, цитофлавин, церасон, пентоксифиллин, октолипен, витамины группы В, церетон). Все пациенты прошли различные виды физиотерапевтического лечения, а также массаж и лечебную физкультуру. У всех пролеченных больных по данной схеме отмечалось улучшение когнитивных

функций. Так, у пациентов по шкале MoCA с РТ РС средние показатели улучшились до варианта нормы (норма 26/30): $27 \pm 0,5$ балла, а у пациентов с ВПТ РС лишь до $21 \pm 0,4$ балла, что вполне объяснимо более выраженными КН у данного контингента больных ($p \leq 0,05$).

Обсуждение. Использование χ^2 Пирсона, парных сравнений эмпирических частот событий показало, что у пациентов с ВПТ РС уровень КН оказался статистически достоверно ниже, чем у пациентов с РТ РС. При оценке когнитивных функций (батарея лобных тестов) средний балл у всех пациентов составил $17 \pm 0,5$. При проведении скрининга на деменцию (с использованием батареи лобных тестов) лишь у 33 пациентов выявлена деменция, что составило 4,7% исследуемых. Данные пациенты страдали ВПТ РС, а длительность заболевания составила более 25 лет. Установлено, что у пациентов с ВПТ РС (132) лобная дисфункция более выражена, чем у пациентов с РТ РС (520). Примечателен тот факт, что у пациентов обеих групп на фоне проведенной терапии отмечалось значительное улучшение когнитивных функций.

На течение заболевания неблагоприятно влияют такие факторы, как социальная изоляция, невозможность активно участвовать в жизни общества, осознание своей «бесполезности» и социальной невостребованности. Данные состояния приводят к психологической дезадаптации пациентов. Больные с тяжелым течением заболевания нуждаются в постоянном постороннем уходе, предметах санитарной гигиены (памперсы, одноразовые урологические катетеры и др.), специальных технических средствах передвижения (инвалидные коляски, ходунки и др.), в медикаментах для лечения сопутствующих заболеваний [1, 3, 6, 7]. Пациентам с РС требуется постоянное динамическое наблюдение, периодическая госпитализация для профилактики и лечения обострений и осложнений заболевания.

Заключение. Среди пациентов с РС чаще встретился ремиттирующий тип течения заболевания. Данной патологии подвержены в основном лица молодого и трудоспособного возраста, что обуславливает высокую медицинскую и социально-экономическую значимость проблемы: раннее начало заболевания; увеличение продолжительности жизни пациентов, получающих патогенетическую терапию; высокая стоимость современных методов диагностики и лечения больных.

Пациентам с РС необходима постоянная высококвалифицированная специализированная медицинская помощь с привлечением как неврологов, так и врачей других специальностей (нейроофтальмологов, урологов, физиотерапевтов, гинекологов, логопедов, хирургов, терапевтов, психологов), т.е. специально подготовленных специалистов, свободно ориентированных в этиологии, патогенезе и клинической картине данного заболевания и особенностях течения РС у лиц разного пола и возраста; основных принципах лечения (в периоды обострения и ремиссии) как в условиях поликлиники, так и в неврологических отделениях многопрофильных городских стационаров.

КН были диагностированы у 82,93% пациентов. Структура КН при РС включает в себя снижение интеллекта, ухудшение ассоциативной памяти и нарушение выполнения последовательности простых и сложных действий, что, в свою очередь, приводит к снижению работоспособности и качества жизни пациентов. У некоторых больных снижение когнитив-

ной функции выходит на первый план уже в дебюте заболевания, при минимальном неврологическом дефиците, что существенно ухудшает последующую социальную адаптацию данной группы пациентов. У пациентов с ВПТ РС уровень КН оказался статистически достоверно ниже, чем у пациентов с РТ РС.

В идеале при повторных госпитализациях больных с РС при обострении заболевания каждого пациента должен вести врач, хорошо знающий особенности течения данной патологии вообще и у данного пациента в частности (с учетом повторных госпитализаций), что вполне осуществимо в условиях неврологического отделения многопрофильного городского стационара.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования — В.А. Куташов, А.В. Будневский, О.В. Ульянова; получение данных — О.В. Ульянова, Т.Ю. Хабарова; анализ и интерпретация результатов — В.А. Куташов, А.В. Будневский, О.В. Ульянова, Т.Ю. Хабарова; написание статьи — В.А. Куташов, О.В. Ульянова; утверждение рукописи для публикации — В.А. Куташов, А.В. Будневский.

References (Литература)

1. Spirin NN, Boyko AN, Stepanov IO, Schmidt TE, eds. Management of patients with multiple sclerosis: a method. recommendations. M.: Human Health, 2015; 68 p. Russian (Ведение больных с рассеянным склерозом: метод. рекомендации. Под ред. Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко, И.О. Степанова, Т.Е. Шмидт. М.: РООИ «Здоровье человека», 2015; 68 с.).
2. Boyko AN, et al. Gusev EI, Zavalishin IA, Boiko AN, eds. Multiple sclerosis: clinical guidelines. M.: Real Time, 2011; 520 p. Russian (Бойко А.Н. и др. Рассеянный склероз: клиническое руководство. Под ред. Е.И. Гусева, И.А. Завалишина, А.Н. Бойко. М.: Реал Тайм, 2011; 520 с.).
3. Gusev EI, et al. The epidemiological characteristics of multiple sclerosis in Russia. Journal of Neurology and Psychiatry

SS Korsakov 2002; special issue of "Multiple Sclerosis": 3–6. Russian (Гусев Е.И. и др. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в России. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2002; спецвып. «Рассеянный склероз»: 3–6).

4. Alifirova VM, Orlova JJ, Mussina NF. Cognitive impairment in patients with multiple sclerosis. Bulletin of the Siberian medicine 2008; 8 (3): 62–67. Russian (Алифирова В.М., Орлова Ю.Ю., Мусина Н.Ф. Когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом. Бюллетень сибирской медицины 2008; 8 (3): 62–67).

5. Bocharova AI, Kutashov VA. The modern view of the treatment of multiple sclerosis. Young scientist 2015; (19): 259–261. Russian (Бочарова А.И., Куташов В.А. Современный взгляд на лечение рассеянного склероза. Молодой ученый 2015; (19): 259–261).

6. Stolyarov ID, Boyko AN, eds. Multiple Sclerosis: diagnosis, treatment, specialists. St. Petersburg: ELBI-SPb, 2008; 320 p. Russian (Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты. Под ред. И.Д. Столярова, А.Н. Бойко. СПб: ЭЛБИ-СПб, 2008; 320 с.).

7. Skorohodov AP, Ulyanova OV, Belinskaya VV. Incidence structure with multiple sclerosis in a multi-city hospitals. Journal of Neurology and Psychiatry SS Korsakov 2015; Special issue "Multiple Sclerosis" 2 (115): 82. Russian (Скорородов А.П., Ульянова О.В., Белинская В.В. Структура заболеваемости рассеянным склерозом в условиях многопрофильного городского стационара. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2015; спецвып. «Рассеянный склероз» 2 (115): 82).

8. Ulyanova OV, Skorohodov AP. Cognitive impairment in patients with multiple sclerosis. Neuroimmunology 2015; XII (1-2): 98–99. Russian (Ульянова О.В., Скорородов А.П. Нарушение когнитивных функций у больных, страдающих рассеянным склерозом. Нейроиммунология 2015; XII (1-2): 98–99).

9. Schmidt TE, Yahno NN. Multiple Sclerosis: A Guide for Physicians. M.: MEDpress-Inform, 2010; 272 p. Russian (Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2010; 272 с.).

10. Vannotti S, et al. Cognitive impairment in multiple sclerosis: results of a multicentre in Argentina. Multiple Sclerosis 2006; (12): 141.

УДК 616.891.6: 616.857] –07 (045)

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ЛИЦ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.В. Лукина — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова, кандидат медицинских наук; **А.М. Русанова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова, интерн; **Н.С. Макаров** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова, кандидат медицинских наук.

HEADACHE FEATURES IN PERSONS WITH ANXIETY DISORDER

E. V. Lukina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky of Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Neurology n.a. K. N. Tretyakov, Associate Professor, Candidate of Medical Sciences; **A. M. Rusanova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky of Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Neurology n.a. K. N. Tretyakov, Post-graduate; **N. S. Makarov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky of Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Neurology n.a. K. N. Tretyakov, Associate Professor, Candidate of Medical Sciences.

Дата поступления — 01.06.2016 г.

Дата принятия в печать — 09.06.2016 г.

Лукина Е.В., Русанова А.М., Макаров Н.С. Особенности головной боли у лиц с тревожными расстройствами. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (2): 270–273.

Цель: оценка влияния тревожности личности на особенности головной боли у очно обучающихся молодых людей. **Материал и методы.** Под наблюдением находились 92 человека в возрасте от 15 до 25 лет, социально адаптированных, обучающихся в школах, колледжах и вузах на очных отделениях. **Результаты.** Восприятие головной боли сильно зависит от эмоционального состояния индивида, поэтому очень важно учитывать этот момент при анализе жалоб и анамнеза пациентов. **Заключение.** Тревожные расстройства личности мешают объективировать цефалгию, что приводит к неправильной диагностике и тактически неверной терапии с возможным развитием абюзных головных болей. Необходимо донести до пациента значимость снижения степени воздействия изменяемых факторов риска, объяснить взаимосвязь его состояния с этими факторами и сформировать положительный настрой на лечение.

Ключевые слова: головная боль, тревожные расстройства.