

Чехонацкий А.А.¹, Николенко В.Н.^{2,3}, Шоломов И.И.¹, Чехонацкий В.А.⁴, Гридин Л.А.²

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия; ²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия; ³ФФМ «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия; ⁴ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

¹410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112; ²119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; ³119192, Москва, Ломоносовский проспект, 31, корп. 5; ⁴125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1

Влияние эмоционального статуса и качества жизни больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника на точность топической диагностики

До настоящего времени не решен вопрос, какие факторы оказывают отрицательное влияние на точность топической диагностики поражения корешков спинномозговых нервов при неврологическом обследовании.

Цель исследования – определить характер связи между точностью топической диагностики поражения спинномозговых нервов по неврологической симптоматике у больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника и особенностями их эмоционального статуса и качеством жизни.

Пациенты и методы. Обследовано 48 больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника. Вначале проведено сопоставление уровня поражения корешков спинномозговых нервов, установленного при неврологическом обследовании, с результатами магнитно-резонансной или компьютерной томографии, а также хирургического вмешательства. После этого у пациентов оценивали значение эмоциональных факторов для определения точности топической диагностики.

Результаты и обсуждение. При расхождении предварительного неврологического и окончательного диагнозов наиболее показательными были такие черты личности, как истерия, психастения, алекситимия и личностная тревожность. Наиболее существенные различия обнаружены по показателю алекситимии. На точность топической диагностики влияли не только психологический профиль больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника, но и показатели качества жизни. Это лица с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственна тревожность, боязливость, нерешительность, постоянное сомнение. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избежать ответственности. Все свои проблемы эти пациенты решают с помощью ухода в болезнь, что приводит к социальной дезадаптации.

Заключение. Особенности психологического профиля личности в виде повышенной тревожности, истерии и психастении снижают точность топической диагностики поражения на 25,6%. Пациентам с грыжами дисков шейного отдела позвоночника и низкими показателями качества жизни, а также высокими значениями по шкалам ипохондрии, депрессии, психастении и личностной тревожности необходима коррекция эмоционального статуса.

Ключевые слова: остеохондроз; диагностика; качество жизни; эмоциональный статус.

Контакты: Андрей Анатольевич Чехонацкий; fax-1@yandex.ru

Для ссылки: Чехонацкий АА, Николенко ВН, Шоломов ИИ и др. Влияние эмоционального статуса и качества жизни больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника на точность топической диагностики. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(4):30–35.

Influence of emotional status and quality of life in patients with cervical disc herniation on the accuracy of topical diagnosis Chekhonatsky A.A.¹, Nikolenko V.N.^{2,3}, Sholomov I.I.¹, Chekhonatsky V.A.⁴, Gridin L.A.²

¹V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia; ²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ³M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; ⁴Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
¹112, Bolshaya Kazachiya St., Saratov 410012; ²8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991; ³31, Lomonosov Prospect, Build. 5, Moscow 119192; ⁴2/1, Barrikadnaya St., Build. 1, Moscow 125993

What factors negatively influence the accuracy of topical diagnosis of spinal nerve root lesion during neurological examination has not been solved until now.

Objective: to identify the nature of the relationship between the accuracy of topical diagnosis of spinal nerve lesion from neurological symptoms in patients with cervical disk herniation and the peculiarities of their emotional status and quality of life.

Patients and methods. Forty-eight patients with cervical disc herniation were examined. At first, the level of spinal nerve root lesion established during neurological examination was compared with the results of magnetic resonance imaging or computed tomography and surgical intervention. Thereafter, the importance of emotional factors in determining the accuracy of topical diagnosis is studied in these patients.

Results and discussion. If there was a divergence between preliminary neurological and final diagnoses, personality traits, such as hysteria, psychasthenia, alexithymia, and trait anxiety were most significant. The most substantial differences were found in the index of alexithymia. The accuracy of topical diagnosis was influenced not only by the psychological profile of patients with cervical disc herniation, but also by their qual-

ity-of-life indicators. These are persons who are anxious and suspicious and are characterized by anxiety, fearfulness, indecision, and constant doubt. They use the symptoms of a somatic disease as a means to avoid responsibility. These patients solve all their problems, by escaping into disease, which causes social maladjustment.

Conclusion. The features of an individual's psychological profile as increased anxiety, hysteria, and psychasthenia reduce the accuracy of topical diagnosis of the lesion by 25.6%. Patients with cervical disk herniation, low quality-of-life indicators, and high scale scores for hypochondria, depression, psychasthenia, and trait anxiety need their emotional status to be corrected.

Keywords: osteochondrosis; diagnosis; quality of life; emotional status.

Contact: Andrey Anatolyevich Chekhonatsky; fax-1@yandex.ru

For reference: Chekhonatsky AA, Nikolenko VN, Sholomov II, et al. Influence of emotional status and quality of life in patients with cervical disc herniation on the accuracy of topical diagnosis. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(4):30–35.

DOI: 10.14412/2074-2711-2018-4-30-35

В течение многих лет среди хирургов ведется дискуссия о возможности топической диагностики и определения характера поражения спинномозговых нервов при неврологическом обследовании [1–3]. Одни специалисты считают, что по клинической картине нельзя или очень трудно установить диагноз, другие уверены в обратном [4–7]. Оптимизация методологии клинической диагностики позволила увеличить количество точных диагнозов, но показатель расхождений при этом остается еще недопустимо высоким – от 23 до 32% [8–11]. Закономерно встает вопрос, какие факторы оказывают отрицательное влияние на точность топической диагностики поражения корешков спинномозговых нервов при неврологическом обследовании и возможно ли их минимизировать?

Один из таких факторов – эмоциональные особенности больного [12–14]. Они четко проявляются при определении столь важного симптома, как локализация болевых ощущений, которое базируется только на субъективном восприятии пациента и выражается в виде «показа» или «рисунка» распространности боли [15–17]. Известно, что в формировании болевых ощущений участвует как сенсорный компонент, обусловленный афферентной импульсацией из места патологических изменений в позвоночнике, так и эмоциональный, связанный с субъективным восприятием боли, психологическими особенностями личности больного [18–20].

Цель работы – оценка характера связи между точностью топической диагностики поражения спинномозговых нервов по неврологической симптоматике у больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника и особенностями их эмоционального статуса и качеством жизни.

Пациенты и методы. У 48 больных с грыжами межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника в ходе неврологического обследования по методике А.М. Хелимского (1997) был определен предполагаемый уровень поражения корешков спинномозговых нервов. Полученные результаты были сопоставлены с реальным уровнем поражения шейного отдела позвоночника, установленным в дальнейшем при магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной (КТ) томографии, а также хирургическом вмешательстве.

С целью выяснения значения эмоциональных факторов для точно-

сти топической диагностики поражений шейного отдела позвоночника были сформированы две группы наблюдения. В 1-ю группу вошли 12 пациентов, у которых диагноз, поставленный при предварительном неврологическом обследовании, имел расхождение с окончательным диагнозом. Во 2-ю группу включено 36 больных, у которых предварительный неврологический диагноз был подтвержден результатами дальнейшего МРТ/КТ-обследования и/или операции. Анализировали психологический профиль пациентов по соответствующим шкалам. Кроме того, были сформированы две группы пациентов: с низкими (1-я группа, n=36) и высокими (2-я группа, n=47) показателями качества жизни, оцениваемыми по опроснику FS-36.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто встречалось поражение межпозвоночных дисков C_{v-vi} и C_{iii-iv} – у 15 (31,6%) и 9 (18,5%) больных соответственно (табл. 1). Уровень поражения шейного отдела позвоночника практически не оказывал влияния на процент расхождений между диагнозом, поставленным в процессе неврологического обследования, и в дальнейшем по данным лучевой диагностики, а также операции. Так, в ходе неврологического обследования у 8 больных предполагалось наличие поражения межпозвоночного диска на уровне C_{iii-iv}. Реально данная локализация обнаружена у 9 пациентов (процент расхождений диагноза – 2,1). Хирургическое лечение по поводу грыжи диска C_{iv-v} выполнено у 6 (12,5%) больных, в то время как при предварительном неврологическом обследовании аналогичный диагноз был поставлен 4 (8,3%) пациентам. Таким образом, при указанной локализации грыжи межпозвоночного диска рас-

Таблица 1. Соотношение между предполагаемым уровнем поражения позвоночника по неврологической симптоматике и реальной локализацией процесса, n (%)

Локализация поражения	Предварительный диагноз (по результатам неврологического обследования)	Окончательный диагноз (по результатам операции)
C _{iii-iv}	8 (16,6)	9 (18,5)
C _{iv-v}	4 (8,3)	6 (12,5)
C _{v-vi}	13 (27,0)	15 (31,6)
C _{vi-vii}	6 (12,8)	5 (10,4)
C _{v-vi} , C _{vi-vii}	9 (18,7)	8 (16,6)
C _{iii-iv} , C _{iv-v}	6 (12,5)	2 (4,1)
C _{iv-v} , C _{vi-vii}	2 (4,1)	3 (6,2)

хождения между предварительным и окончательным диагнозами наблюдались в 4,2% случаев.

Максимальные расхождения между предварительным и окончательным диагнозами обнаруживались при сочетанном поражении на уровне C_{III-IV}, C_{IV-V} межпозвоночных дисков. Данный характер и уровень поражения шейного отдела позвоночника при неврологическом обследовании был установлен у 6 пациентов, а реально подтвержден только у 2 (8,3% расхождений).

В случаях расхождении предварительного неврологического и окончательного диагноза более выраженными оказались такие черты личности больного, как истерия, психастения, алекситимия и личностная тревожность (табл. 2).

Наиболее существенные различия между анализируемыми группами обнаруживались по такому показателю, как алекситимия – сниженная способность или затрудненная вербализация собственных ощущений и переживаний [16, 18, 21]. Пациенты с высокими показателями алекситимии испытывают трудности в проведении различий между чувствами и ощущениями. Они неправильно описывают распространенность болевых ощущений и их выраженность. Из-за этого у больных этой группы возникают ошибки при топической диагностике поражения позвоночника на основании неврологической симптоматики. На рис. 1 наглядно продемонстрирована зависимость между частотой ошибок при топической диагностике и показателем алекситимии у больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника.

Установлено, что по мере увеличения выраженности алекситимии практически пропорционально происходит значительное нарастание (в 2 и более раз) числа ошибок при топической диагностике неврологических симптомов остеохондроза шейного отдела позвоночника: при показателе алекситимии ≥ 30 ед. количество ошибок составило 15,3%, 50 ед. – 31,0%, а ≥ 80 ед. – уже 38,7%. Отсюда следует, что у больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника и высокими показателями алекситимии при установлении диагноза в большей мере необходимо ориентироваться на инструментальные методы обследования, чем на данные клинико-неврологического обследования.

Выполнен парный корреляционный анализ частоты случаев, в которых описываемая больными неврологическая симптоматика не совпадала с истинной локализацией патологического процесса, и особенностей их психологического профиля (табл. 3). Выявленная частота расхождений между описываемыми пациентами болевыми ощущениями и реальным окончательным уровнем поражения шейного отдела позвоночника находилась в прямой зависимости от показателей истерии ($r=0,62$, $p<0,05$) и алекситимии ($r=0,58$, $p<0,05$). Наиболее часто расхождения между чувствительными нарушениями, на которые указывали больные, и истинной локализацией поражения межпозвоночных дис-

Таблица 2. Влияние психологического профиля больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника на точность топической диагностики поражения по неврологической симптоматике, ед.

Психологический профиль	Пациенты с совпадением предварительного и окончательного диагнозов (n=36)	Пациенты с расхождением предварительного и окончательного диагнозов (n=12)
Ипохондрия	46,7±3,1	51,3±4,7
Депрессия	48,4±2,6	46,4±2,0
Истерия	44,6±2,0	61,3±1,9*
Паранойяльность	37,9±1,6	42,1±2,8
Психастения	42,1±3,4	54,6±1,9*
Гипомания	39,7±2,6	37,8±4,2
Алекситимия	43,4±2,8	76,1±3,3*
Личностная тревожность	40,3±1,9	66,2±3,1*
Реактивная тревожность	38,7±2,2	40,4±2,6

Примечание. Здесь и в табл. 4, 5: * – достоверные различия между группами больных ($p<0,05$).

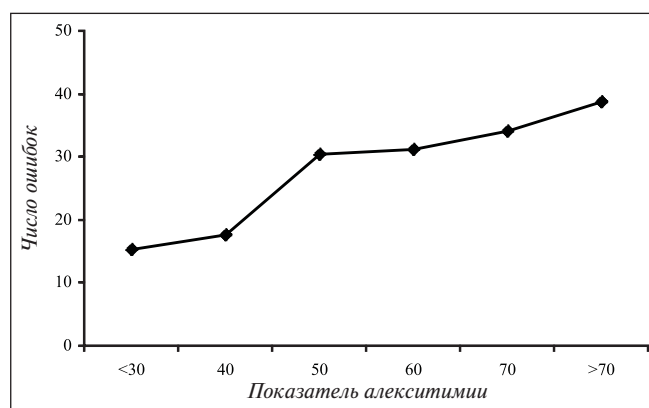


Рис. 1. Зависимость между выраженностью алекситимии и частотой ошибок при топической диагностике неврологических симптомов у больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника

ков выявлялись у лиц с повышенными значениями по шкалам истерии ($r=0,54$, $p<0,05$) и гипомании ($r=0,69$, $p<0,05$).

Такие черты личности, как депрессия и ипохондрия, часто сочетались с расхождением между описываемым больными ощущением слабости в конечностях и стандартными критериями при оценке зоны поражения позвоночника ($r=0,67$, $p<0,05$ и $r=0,74$, $p<0,05$ соответственно).

Полученные данные позволяют сделать следующее заключение о влиянии психологических особенностей личности больных с грыжами шейных дисков на точность топической диагностики (рис. 2). При топической диагностике и определении характера поражения корешков спинномозговых нервов по неврологической симптоматике у больных с выраженными показателями истерии и алекситимии диагностическое значение имеют описание ими болевых ощущений, у лиц с ипохондрией и депрессией – жалобы на мышечную слабость, а при значительно выраженных истерии

Таблица 3. Корреляция между особенностями психологического профиля больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника и частотой расхождений предварительного и окончательного диагнозов, ед.

Психологический профиль	Боль	Чувствительность	Мышечная слабость
Ипохондрия	-0,12	0,31	0,67*
Депрессия	0,34	-0,08	0,74*
Истерия	0,62*	0,54*	-0,21
Паранойальность	0,18	0,06	0,23
Психастения	0,12	0,31	-0,31
Гипомания	-0,31	-0,69*	0,27
Алекситимия	0,58*	0,24	0,36

*Достоверная корреляция ($p < 0,05$).



Рис. 2. Влияние психологических особенностей больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника на точность топической диагностики

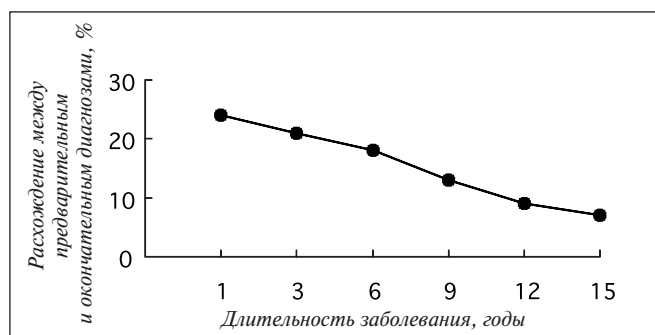


Рис. 3. Влияние длительности заболевания у пациентов с грыжами дисков шейного отдела позвоночника на точность топической диагностики по неврологической симптоматике

и гипомании — описание нарушений чувствительности.

С увеличением длительности течения заболевания точность топической диагностики уровня поражения корешков спинномозговых нервов по неврологической симптоматике возрастает (рис. 3).

В первые 3 года болезни показатель расхождений между предварительным диагнозом по неврологической симптоматике и окончательным диагнозом в среднем составляет $22,3 \pm 0,6\%$, а после 10 лет болезни он снижается до $8,4 \pm 1,6\%$.

Причины выявленных различий можно объяснить тем, что на ранних этапах болезни пациенты еще полностью не адаптированы к своему состоянию и им свойственно переоценивать имеющуюся симптоматику.

По мере увеличения длительности заболевания, возникновения периодических обострений, в ходе которых происходит повторение и закрепление имеющихся симптомов, больные более точно дифференцируют свои ощущения, что способствует повышению надежности топической диагностики уровня поражения по неврологической симптоматике.

На точность топической диагностики накладывают отпечаток не только психологический профиль больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника, но и показатели качества жизни. Это подтверждает оценка показателей качества жизни с помощью опросника SF-36 у 83 больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника (табл. 4).

Возраст пациентов с низкими и высокими показателями качества жизни был статистически сопоставимым — $43,6 \pm 2,4$ и $44,2 \pm 3,1$ года соответственно, количество мужчин и женщин в двух группах не различалось. Длительность заболевания у больных с низкими значениями качества жизни составила $6,4 \pm 3,2$ года, с высокими значениями — $6,9 \pm 2,6$ года ($p > 0,05$). Таким образом, по социальным показателям, клиническому течению анализируемые группы были статистически сопоставимы, в то время как по показателям качества жизни существенно различались. В 1-й группе показатель физического функционирования составил $42,5 \pm 1,3$ ед., во 2-й — $53,7 \pm 2,2$ ед. ($p < 0,05$). Аналогичные различия отмечались по величине болевых ощущений, показателю социального функционирования, ролевому эмоциональному функционированию и физическому здоровью. В 1-й группе эти показатели составили $26,8 \pm 1,7$; $43,7 \pm 2,8$; $36,8 \pm 2,0$ и $41,8 \pm 3,6$ ед., во 2-й группе — $37,7 \pm 2,1$; $61,7 \pm 1,8$; $46,1 \pm 2,2$ и $57,3 \pm 2,3$ ед. соответственно ($p < 0,05$).

Анализ психологического профиля пациентов с высокими и низкими показателями качества жизни показал, что для больных с низкими показателями характерны такие черты личности, как ипохондрия, депрессия, психастения и повышенная тревожность (табл. 5).

Особенности психологического профиля больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника в виде повышенной тревожности, истерии и психастении приводят к снижению точности топической диагностики поражения спинномозговых нервов по неврологической симптоматике

на 25,6%. У этих пациентов при установлении диагноза в большей мере необходимо ориентироваться на инструментальные методы, чем на данные клинико-неврологического обследования. Пациентам с грыжами дисков шейного отдела позвоночника и низкими показателями качества жизни, а также высокими значениями по шкалам ипохондрии, депрессии, психастении и личностной тревожности необходима коррекция эмоционального статуса.

Заключение. Наше исследование показало, что снижение точности топической диагностики поражения спинномозговых нервов наблюдается у пациентов с низкими значениями качества жизни. С учетом выявленных в ходе психологического тестирования больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника различий, обобщенный психологический портрет пациентов с низким качеством жизни выглядит следующим образом. Это лица с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянное сомнение. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избежать ответственности. Свои проблемы они решают уходом в болезнь, что приводит к социальной дезадаптации. Такие больные медленно приспосабливаются к смене социальной обстановки, легко теряют равновесие при возникновении социальных конфликтов.

Таблица 4. Клиническая характеристика больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника с высокими и низкими показателями качества жизни

Показатель	Пациенты с низким качеством жизни (n=36)	Пациенты с высоким качеством жизни (n=47)
Мужчины, %	56,4	51,8
Женщины, %	43,6	48,2
Средний возраст, годы	43,6±2,4	44,2±3,1
Длительность заболевания, годы	6,4±3,2	6,9±2,6
Качество жизни по SF-36, ед.:		
физическое функционирование	42,5±1,3	53,7±2,2*
ролевое физическое функционирование	32,1±2,4	36,1±3,7
болевы́е ощущения	26,8±1,7	37,7±2,1*
общее состояние здоровья	41,7±0,9	40,4±3,1
жизнеспособность	36,7±2,7	37,7±1,6
социальное функционирование	43,7±2,8	61,7±1,8*
ролевое эмоциональное функционирование	36,8±2,0	46,1±2,2*
психическое здоровье	41,8±3,6	57,3±2,3*

*Достоверные различия между анализируемыми группами (p<0,05).

Таблица 5. Психологические особенности больных с грыжами дисков шейного отдела позвоночника с высокими и низкими показателями качества жизни, ед.

Психологический профиль	Пациенты с низким качеством жизни (n=36)	Пациенты с высоким качеством жизни (n=47)
Ипохондрия	43,4±2,1*	57,6±1,2
Депрессия	42,6±1,8*	61,7±2,4
Истерия	43,7±2,1	38,6±3,6
Паранойяльность	41,2±4,3	39,2±3,1
Психастения	44,6±2,5*	58,3±1,5
Гипомания	33,4±2,6	29,4±3,8
Личностная тревожность	43,5±3,3*	56,7±1,4
Реактивная тревожность	37,4±2,6	41,5±3,8

ЛИТЕРАТУРА

1. Мицкевич ВА. Патология шейного отдела позвоночника. Нестабильность шейного отдела позвоночника. Практикующему неврологу. 2005;(2):18-20. [Mitskevich VA. Pathology of the cervical spine. Instability of the cervical spine. *Praktikuyushchemu nevrologu*. 2005;(2):18-20. (In Russ.)].
2. Baptiste DC, Fehlings MG. Pathophysiology of cervical myelopathy. *Spine J*. 2006 Nov-Dec; 6(6 Suppl):190S-197S.
3. Young S, Aprill C, Laslett M. Correlation of clinical examination characteristics with three sources of chronic low back pain. *Spine J*. 2003 Nov-Dec;3(6):460-5.
4. Зайцев ВП, Тюрина ОГ, Айвазян ТА и др.

- Особенности восприятия боли и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника с болевым синдромом. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2002;(6):30-3. [Zaitsev VP, Tyurina OG, Aivazyan TA, et al. Features of pain perception and psychological status of patients with spinal osteochondrosis with pain syndrome. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizkul'tury*. 2002;(6):30-3. (In Russ.)].
5. Парфенов ВА, Герасимова ОН. Ведение пациентов с болью в спине в амбулаторной практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010;2(4):65-71. [Parfenov VA, Gerasimova ON. Management of

- patients with back pain in outpatient practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(4):65-71. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2010-120
6. Bruehl S, Chung OY. Psychological and behavioral aspects of complex regional pain syndrome management. *Clin J Pain*. 2006 Jun; 22(5):430-7.
7. Foster N, Hartvigsen J, Croft P. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Res Ther*. 2012 Feb 29;14(1):205. doi: 10.1186/ar3743.

8. Новиков АВ, Яхно НН. Невропатическая боль. Патофизиологические механизмы и принципы терапии. Русский медицинский журнал. 2001;(7-8):318-21. [Novikov AV, Yakhno NN. Neuropathic pain. Pathophysiological mechanisms and principles of therapy. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2001;(7-8):318-21. (In Russ.)].
9. Парфенов ВА, Герасимова ОН. Неспецифическая боль в спине в амбулаторной практике, применение Аэртала и Мидокалма. Справочник поликлинического врача. 2013;(1):34-7. [Parfenov VA, Gerasimova ON. Nonspecific back pain in outpatient practice, the use of Airtal and Midocalm. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2013;(1):34-7. (In Russ.)].
10. Casey E. Natural history of radiculopathy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2011 Feb;22(1): 1-5. doi: 10.1016/j.pmr.2010.10.001. Epub 2010 Dec 3.
11. Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, et al. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. *Eur J Pain*. 2014 Jul;18(6):755-65. doi: 10.1002/j.1532-2149.2013.00427.x. Epub 2013 Nov 26.
12. Табеева ГР. Коморбидность хронической боли и депрессии у неврологических больных. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;5(3):4-12. [Tabeeva GR. Comorbidity of chronic pain and depression in neurological patients. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;5(3): 4-12. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2013-2332
13. Яхно НН. Неврология боли. Российский журнал боли. 2014;(2):3-5. [Yakhno NN. Neurology of pain. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2014;(2):3-5. (In Russ.)].
14. Яхно НН, Преображенская ИС, Захаров ВВ и др. Распространённость когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях (анализ работы специализированного амбулаторного приёма). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012;4(2):30-5. [Yakhno NN, Preobrazhenskaya IS, Zakharov VV, et al. Prevalence of cognitive impairments in neurological diseases: Analysis of the activities of a specialized outpatient reception office. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012;4(2):30-5. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2012-378
15. Головачева ВА, Парфенов ВА. Депрессия в неврологической практике: распространённость, диагностика, стандарты лечения и новые возможности фармакотерапии. Медицинский совет. 2015;(5): 55-61. [Golovacheva VA, Parfenov VA. Depression in neurological practice: prevalence, diagnosis, treatment standards and new opportunities of pharmacotherapy. *Meditsinskii sovet*. 2015;(5):55-61. (In Russ.)].
16. Яхно НН, Кукушкин МЛ. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты. Вестник РАМН. 2012;(9):54-8. [Yakhno NN, Kukushkin ML. Chronic pain: medical-biological and socioeconomic aspects. *Vestnik RAMN*. 2012;(9):54-8. (In Russ.)].
17. DePalma MJ, Ketchum JM, Saullo T. What is the source of chronic low back pain and does age play a role? *Pain Med*. 2011 Feb; 12(2):224-33. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.01045.x. Epub 2011 Jan 25.
18. Яхно НН, Кукушкин МЛ. Дисфункциональный механизм хронической боли. Российский журнал боли. 2014;(1):23-4. [Yakhno NN, Kukushkin ML. Dysfunctional mechanism of chronic pain. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2014;(1):23-4. (In Russ.)].
19. Cagnie B, Castelein B, Pollie F, et al. Evidence for the use of ischemic compression and dry needling in the management of trigger points of the upper trapezius in patients with neck pain: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015 Jul;94(7):573-83. doi: 10.1097/PHM.0000000000000266.
20. Schneiderhan J, Orizondo C. Chronic pain: How to approach these 3 common conditions. *J Fam Pract*. 2017 Mar;66(3):145-157.
21. Авдулова ТП, Тер-Ованесов МД, Ягудина ОП. Особенности алекситимии и субъективной оценки межличностных отношений у онкологических больных. Клиническая и специальная психология. 2016;5(3):24-39. [Avdulova TP, Ter-Ovanesov MD, Yagudina OP. Features of alexithymia and subjective evaluation of interpersonal relationships in cancer patients. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2016;5(3):24-39. (In Russ.)].

Поступила 6.10.2018

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.