



Коморбидность и «маски» в неврологии

А.Л. Лущик¹✉, И.А. Фирсова², О.А. Панина³

¹ БУЗ Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №4», Воронеж, Россия;

² АУЗ ВО «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр» Минздрава России, Воронеж, Россия;

³ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

✉ lushchik.arina@mail.ru

Аннотация

Цель исследования. Проанализировать трудности, с которыми сталкивается врач первичного звена здравоохранения при постановке диагноза и обосновать необходимость врачебного комплаенса для правильного ведения пациентов с коморбидной патологией.

Материалы и методы. Анализ амбулаторных карт пациентов, находящихся под наблюдением и проходивших лечение в БУЗ ВО ВГКП №4. Изучение предоставленной медицинской документации, данных анамнеза, заключений врачей-специалистов. Проанализированы результаты электрокардиографии, электроэнцефалографии, ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии головного мозга, электронейромиографии, компьютерной томографии органов грудной клетки, данные лабораторных исследований.

Результаты. Показана важность совокупности клинической картины каждого из случаев, пристальное внимание к рутинным анализам крови в практике невролога, значение полученных данных вместе и по отдельности, тесное сотрудничество со смежными специалистами в составе врачебной комиссии.

Заключение. Неврологические проявления болезни встречаются при разных патологиях. Поэтому очень важно при обследовании пациента учитывать все отклонения, так как порой истинный диагноз маскируется под другие заболевания. И только комплексный подход в обследовании пациентов со сложными случаями позволяет правильно поставить диагноз и провести адекватную терапию.

Ключевые слова: хронический аутоиммунный тиреоидит, нервная анорексия, конверсионное расстройство, дифференциальная диагностика.

Для цитирования: Лущик А.Л., Фирсова И.А., Панина О.А. Коморбидность и «маски» в неврологии. *Клинический разбор в общей медицине.* 2024; 5 (5): 37–41. DOI: 10.47407/kr2024.5.5.00404

Comorbidity and «masks» in neurology

Arina L. Lushchik¹✉, Irina A. Firsova², Olga A. Panina³

¹ Voronezh region Voronezh City Clinical Polyclinic No. 4, Voronezh, Russia;

² Voronezh Regional Clinical Consultative and Diagnostic Center, Voronezh, Russia;

³ Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia

✉ lushchik.arina@mail.ru

Abstract

The purpose of the study is to demonstrate the difficulties faced by a primary care physician at the time of diagnosis in making a diagnosis and the need for medical compliance for the proper management of patients with comorbid pathology.

Materials and methods. 3 clinical cases of patients examined from complaints and objective data to laboratory and instrumental examination methods are presented. Analysis of patient outpatient records under observation and treated at the Voronezh City Clinical Polyclinic No. 4. Study of the provided medical documentation, anamnesis data, and conclusions of specialist doctors. The results of ECG, EEG, ultrasound, MRI and RCT of the brain, ENMG, CT of the OGC, and laboratory data were analyzed.

Results. The importance of the clinical picture totality in every case, close attention to routine blood tests in the practice of a neurologist, the importance of the data obtained together and separately, close cooperation with related specialists as part of the medical commission is shown.

Conclusion. Neurological manifestations of the disease occur in various other pathologies. Therefore, it is very important to take into account all deviations when examining a patient, since sometimes the true diagnosis is masked by other diseases. Only an integrated approach in the examination of patients with complex cases allows us to make a correct diagnosis and conduct adequate therapy.

Keywords: chronic autoimmune thyroiditis, anorexia nervosa, conversion disorder, differential diagnosis.

For citation: Lushchik A.L., Firsova I.A., Panina O.A. Comorbidity and «masks» in neurology. *Clinical review for general practice.* 2024; 5 (5): 37–41 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2024.5.5.00404

Порой врач в своей клинической практике сталкивается с необходимостью в консультации пациентов коллегами смежных специальностей. В данной работе приведены несколько клинических случаев, что, несомненно, подтверждает актуальность выбранной темы.

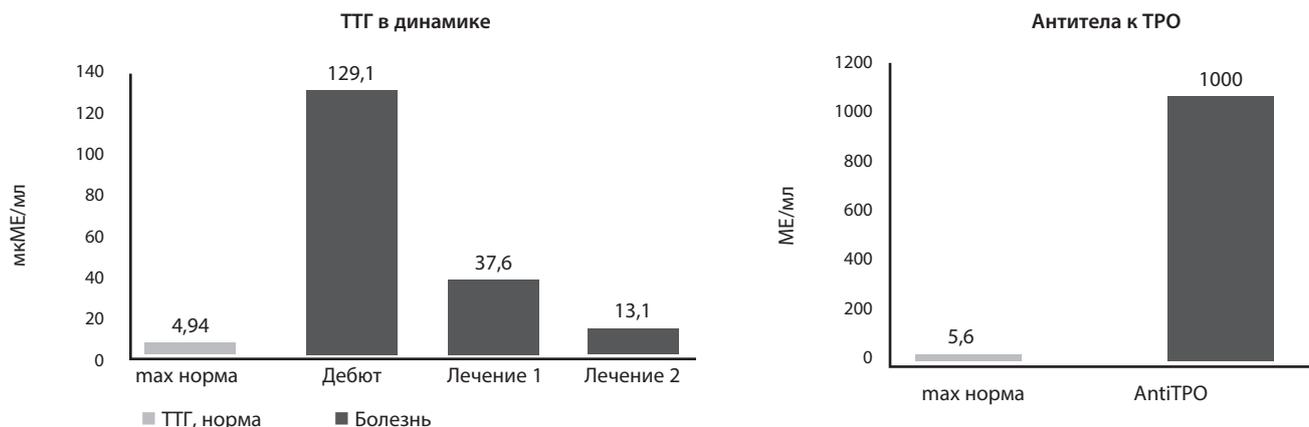
Клинический случай 1

Пациентка А., 1981 г.р., обратилась к неврологу с жалобами на нечеткость речи, нарушение ее темпа – за-

медления, «проглатывания окончания слов», повышение артериального давления, периодический звон в ушах, слабость, сонливость. Из анамнеза: перенесла новую коронавирусную инфекцию – НКВИ (COVID-19) за 3 мес до визита к врачу, лечилась стационарно, на компьютерной томографии органов грудной клетки – 40% поражения, получала симптоматическую терапию.

Объективно: в сознании. Снижение когнитивных функций. Черепно-мозговые нервы (ЧМН) – без осо-

Рис. 1. Динамика изменения тиреостатуса пациентки в процессе лечения у эндокринолога.
Fig. 1. Dynamic changes in the patient's thyroid status during endocrinology treatment.



бенностей. Речь дизартрична. Сухожильные рефлексy с рук и ног D=S, живые. Патологических знаков нет. Мышечный тонус сохранен. Мышечная сила в норме. Постуральный тремор пальцев вытянутых рук. Повышение мышечного тонуса по пластическому типу в верхних конечностях, феномен «зубчатого колеса». В позе Ромберга неустойчива. Координаторные пробы выполняет с интенцией. Функцию тазовых органов контролирует. Тест на рисование циферблата часов: 3 балла из 6. Тест MMSE: 20 баллов из 30 (деменция легкой степени выраженности).

Данные лабораторных исследований. В общем анализе крови и мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: обращали на себя внимание повышение уровня трансаминаз: аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 100 ед/л и аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 99,4 ед/л (референсные значения 0–35). Исследование крови на сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию показало отрицательный результат.

Данные инструментальных обследований. На рентгеновской компьютерной томографии головного мозга – признаки латероventрикулоасимметрии. На ультразвуковом дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий – признаки каротидного атеросклероза без локальных стенозов. При проведении электрокардиографии (ЭКГ) получен синусовый ритм с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 60 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца (ЭОС). АВ-блокада 1-й степени. Диффузные изменения миокарда. На ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства патологии не выявлено.

Дообследование у эндокринолога. Биохимический анализ крови: глюкоза в норме – 5,89 ммоль/л (референсные значения 4,1–5,9), тиреостатус: значительное повышение тиреотропного гормона (ТТГ) – 129,054 мкМЕ/мл (референсные значения 0,35–4,94), небольшое снижение уровня СТ₄ 8,71 пмоль/л (референсные значения 9,01–19,05), повышение AntiTPO >1000,0 МЕ/мл (норма 0–5,6). На УЗИ щитовидной железы признаки диффузных изменений щитовидной железы. Консультация

эндокринолога: хронический аутоиммунный тиреоидит, манифестный гипотиреоз.

Рекомендовано: левотироксин натрия 88 мкг ежедневно за 30 мин до еды натощак, запивая водой. Контроль ТТГ, Т₄ свободного через 1 мес.

Впоследствии на фоне лечения ТТГ снизился через месяц до 37,654 мкМЕ/мл, а еще через 3 мес до 13,105 мкМЕ/мл. Аналогично на фоне лечения гормональными препаратами нормализовался уровень печеночных проб у пациентки (рис. 1).

По данным литературы, есть связь между дебютом хронического аутоиммунного тиреоидита (ХАИТ) и перенесенной НКВИ по механизму молекулярной мимикрии, возможной тропностью вируса к органам эндокринной системы [1, 2]. Был проведен дифференциальный диагноз с аутоиммунной энцефалопатией Хашимото вследствие высокого титра антител к ТПО [3]. Аутоиммунная энцефалопатия предполагает под собой в большинстве случаев отсутствие выраженной дисфункции щитовидной железы, а также необходимость в лечении стероидов, ее еще называют «стероид-чувствительной энцефалопатией» [4]. Но ввиду постепенного развития заболевания, выраженного гипотиреоза, а также быстрого улучшения состояния пациентки на фоне лечения гормонами щитовидной железы без применения преднизолона до полного регресса симптоматики у невролога выставлен диагноз «дисметаболическая энцефалопатия с легкими когнитивными нарушениями на фоне манифестации ХАИТ в стадии гипотиреоза».

У пациентки нормализовалась речь, улучшилась память, концентрация внимания, она вернулась к работе.

Клинический случай 2

Пациентка Б., 1972 г.р., обратилась к неврологу с жалобами на выраженную слабость в верхних и нижних конечностях, неустойчивость при ходьбе, шаткость вплоть до падений. Из анамнеза известно, что пациентка находилась в сложной психологической ситуации (произошла смена руководства на работе, а дочь находится в процессе развода).

Объективно: на приеме с мужем. При осмотре находится в инвалидной коляске. В сознании. По ЧМН без особенностей. Сухожильные рефлексы с рук и ног на грани отсутствия, D=S. Патологических знаков не выявлено. Снижение мышечной силы проксимально и дистально в верхних конечностях – до 4 баллов, в нижних конечностях – до 3 баллов. Фасцикуляции отсутствуют. В позе Ромберга выраженная шаткость, отклоняется назад. Координаторные пробы выполняет с миопаданием с двух сторон. Функции тазовых органов контролирует.

Данные лабораторных исследований. Клинические и биохимические анализы крови и мочи без каких-либо отклонений от нормы. Исследование крови на сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию показало отрицательный результат.

Данные инструментальных обследований. Электроэнцефалография выявила легкие изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера с дисфункцией регулирующих систем лимбико-ретикулярного комплекса. Эпилептиформной активности не получено. На МРТ головного мозга – единичные супратенториальные очаги глиоза. МРТ шейного отдела позвоночника характеризовалось наличием грыж С4-5, С5-6, С6-7. МРТ грудного отдела позвоночника показало остеохондроз грудного отдела. Кифосколиоз. При проведении электронейромиографии (ЭНМГ) верхних и нижних конечностей возбуждения по сенсорным и моторным волокнам верхних и нижних конечностей не нарушено. При исследовании мышц верхних и нижних конечностей методом игольчатой электромиографии патологическая спонтанная активность не обнаружена, патологической перестройки потенциалов двигательных единиц по миогенному и нейрогенному типу не выявлено.

Пациентка была направлена на лечение в ВОКБ №1 в общее неврологическое отделение, откуда выписана со значительным улучшением состояния. Консультация психиатра: конверсионное расстройство. Рекомендовано принимать алпрозолам 1 мг по 1/2 таблетки 2 раза в сутки до 4 нед; пароксетин (Паксил) 20 мг по 1/2 таблетки 1 раз в день 2 нед, далее по 1 таблетке утром длительно не менее 6 мес.

Конверсионное (диссоциативное) расстройство по данным разных источников выражается у пациентов в потере сознательного контроля над памятью и/или движением тела [5]. При «отвлечении» разговорами пациента во время осмотра, отсутствии манипуляции чувств ухаживающих родственников – при просьбе выйти их за дверь из кабинета во время осмотра – симптомы значительно регрессируют [6]. Диагноз конверсионного расстройства всегда устанавливают при отсутствии органического поражения [7]. Пациенты зачастую бессознательно копируют те или иные симптомы, которые, по их мнению, соответствуют данному заболеванию. Истерические парезы и нарушения походки одни из наиболее частых неврологических феноменов [8].

У пациентки на фоне лечения антидепрессантами значительно нормализовалось состояние, выросла сила в конечностях, уменьшилась шаткость при ходьбе, головокружения. Продолжает лечение у психиатра когнитивно-поведенческой терапией.

Клинический случай 3

Пациентка И., 1972 г.р., с ноября 2023 г. проходила обследование по поводу похудения, выраженной общей слабости. На момент осмотра рост пациентки составил 168 см, масса тела – 36 кг. Индекс массы тела – 12,76 (при норме 18,5–24,99). Выраженный недостаток массы тела – кахексия.

При осмотре: сознание ясное. Крайне истощена. Ориентирована в месте и времени. Негативна. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Сухожильные рефлексы с рук низкие, с ног не вызываются. Снижена мышечная сила в конечностях – в руках – 3,5–4,0 балла, в ногах – 2,0–2,5 балла. Диффузные гипотрофии мышц конечностей. Гипестезия конечностей по полиневритическому типу. Координацию, статику проверить невозможно из-за парезов и негативного отношения.

По результатам общего клинического анализа крови отмечено значительное снижение гемоглобина до 44 г/л (референсные значения 111–147 г/л), содержания эритроцитов – $2,53 \times 10^{12}/л$ (референсные значения $3,90–5,30 \times 10^{12}/л$) и лейкоцитов – $2,94 \times 10^9/л$ (референсные значения $3,5–9,0 \times 10^9/л$); нормальное количество тромбоцитов – $335 \times 10^9/л$. Формула крови без изменений. Значительное ускорение СОЭ по Вестергрэну до 82 мм/ч (референсные значения 0–20 мм/ч). В общем анализе мочи без отклонений от нормы. Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови в пределах нормальных значений – 4 мг/л. Исследование уровня мочевого кислоты в крови выявило значительное увеличение до 746 мкмоль/л (при референсных значениях 154–357 мкмоль/л). Биохимический анализ крови показал умеренное увеличение общего билирубина – 25,3 мкмоль/л (референсные значения 3–21 мкмоль/л), а также общего холестерина 9,10 ммоль/л (референсные значения 2,2–5,18 ммоль/л), повышение уровня трансаминаз: АСТ – 91,7 Ед/л, АЛТ – 91,1 Ед/л (референсные значения 0–35 Ед/л), снижение альбумина – 33,8 г/л (референсные значения 35–52 г/л), снижение скорости клубочковой фильтрации до 65 мл/мин (референсные значения 80–130 мл/мин), снижение содержания железа до 8,2 мкмоль/л (референсные значения 9–30 мкмоль/л), снижение общего белка до 58 г/л (референсные значения 65–85 г/л). Обращало на себя внимание снижение содержания витамина В₁₂ в крови до 120 пг/мл (референсные значения 193–982 пг/мл). При электрофоретическом исследовании белков сыворотки: М-пик обнаружен. Снижение белковой фракции альбуминов 48,560% (референсные значения 54,7–69,66%), увеличение фракций альфа-1 до 7,730% (референсные значения 2,63–5,03%) и гамма до 19,400% (референсные значения 9,69–18,90%).

Рис. 2. Крайнее истощение пациентки.
Fig. 2. Extreme exhaustion of the patient.



Данные инструментальных обследований. При цитологическом исследовании микропрепарата цервикального канала – картина возрастных изменений слизистой оболочки (атрофический тип мазка). Инфекции не обнаружены. На рентгенографии органов грудной клетки признаки очаговых и инфильтративных изменений легких не выявлены, рентгенпризнаки сросшихся неосложненных переломов 6–10 ребер справа. На рентгенографии правого плечевого сустава в прямой проекции на фоне металлоостеосинтеза (МОС, пластина с 8 винтами) определяется перелом хирургической шейки правой плечевой кости с ротацией и захождением отломков до 8 мм. По ЭКГ регистрируется синусовая тахикардия с ЧСС 110 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Диффузные субэндокардиальные изменения ST-T (косонисходящая депрессия до 1 мм в т.і), вероятно тахизависимые. Одиночные наджелудочковые экстрасистолы.

Проведен расширенный онкопоиск заболевания. При рентгенографии брюшной полости достоверных признаков кишечной непроходимости не выявлено. На УЗИ органов брюшной полости признаки диффузных изменений печени; взеси в желчном пузыре. При проведении видеозоофагогастродуоденоскопии – картина хронического поверхностного антрального гастрита. Гастроптоз. Пилороспазм. Грубая рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Бульбит. При колоноскопии выявлены признаки сигмоидита. На УЗИ органов малого таза обнаружены миомы матки небольших размеров. Киста правого яичника 26×19 мм. На МРТ органов брюшной полости патологии органов брюшной полости не выявлено. Отек паравертебральных мягких тканей поясничной области, левой большой поясничной мышцы. На МРТ головного мозга наличие изменений очагового характера в веществе головного мозга не выявлено. Изменений МР-сигнала в структурах среднего мозга не выявлено. Признаки умеренно выраженной диффузной кортикальной атрофии.

При проведении стимуляционной и игольчатой ЭНМГ верхних и нижних конечностей выявлены признаки грубого генерализованного симметричного дистального аксонально-демиелинизирующего (первично аксонального) поражения длинных сенсорных и моторных периферических нервов по полиневритическому типу. Во всех исследуемых мышцах ног регистрируются признаки умеренной нейрогенной перестройки потенциалов двигательных единиц. Консультация хирурга: травма в быту 09.07.2023, перелом верхнего конца плечевой кости справа, оперативное лечение 22.08.2023 – открытая репозиция, МОС. Закрытый перелом 5, 6, 7 ребра грудной клетки справа с допустимым смещением отломков. Консультация акушера-гинеколога: стриктура и стеноз шейки матки. Консультация онколога: анемия неясной этиологии. Рекомендовано дообследование по месту жительства. Консультация гастроэнтеролога: стеатогепатит, мягкое течение, сладж желчного пузыря. Снижение питания. Консультация гематолога: анемия смешанного генеза алиментарно обусловленная (железо, B_{12} железodefицитная) Рекомендовано: продолжить длительный прием препаратов железа, цианокобаламин по 500 мг 2 раза в сутки в течение 1 мес.

В результате проведенного исследования были исключены миеломная болезнь, онкообразование, лейкоз, паранеопластический синдром – везде по анализам и/или обследованиям звучали данные против. Но затем в ходе многочисленных доверительных бесед с неврологом пациентка призналась, что в течение многих лет втайне от родственников страдает расстройством пищевого поведения, регулярно использует слабительные и клизмы, вызывает рвоту после приема пищи. Причина плохого состояния выяснилась, и пациентка была направлена на госпитализацию в общее неврологическое отделение на базе ВОКБ №1. Психиатр в динамике: расстройство пищевого поведения, нервная анорексия. Депрессивный эпизод тяжелой степени, с психотическими симптомами. Рекомендовано: продлить прием миртазапина в дозировке 30 мг вечером – по 1/2 таблетки в течение 10 дней, затем перейти на 1 таблетку – не менее 6 мес; кветиапин 25 мг по 1/2 таблетки на ночь. При необходимости дозировку увеличить до 1 таблетки (4 нед). После выписки из стационара наблюдение у психиатра по месту жительства.

Заключительный диагноз: энцефалополлинейропатия сосудисто-дисметаболической (алиментарной) природы с двигательными, чувствительными, трофическими расстройствами, когнитивным дефицитом. Расстройство пищевого поведения, нервная анорексия. Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Нервная анорексия достаточно распространена в популяции, чаще встречается у женщин [9]. Надо заметить, что пациенты редко приходят с жалобами непосредственно на нарушение питания. Нередко выявляются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: ортостатическая гипотензия, пролапс мит-

рального клапана. Как известно, существуют два под-типа нервной анорексии – очистительный и ограничительный [10]. Часто используют их комбинации. У пациентки уже наступила третья, кахектическая стадия, характеризующаяся развитием остеопороза, калиево-натриевым дисбалансом, развитием жизнеугрожающих аритмий на фоне электролитных нарушений [11]. Поэтому данная стадия зачастую является необратимой. Заболевание протекает с крайне высокой летальностью до 10–15% [12]. И наша пациентка не стала исключением – болезнь была слишком запущена, наступил летальный исход.

Выводы: во всех трех изложенных случаях есть общая закономерность – пациенты изначально пришли к неврологу в уверенности, что причина их плохого самочувствия лежит в данной области. Но как выяснилось в итоге, симптомы болезни только маскировались под неврологическую патологию, истинное же заболевание лежало совсем в другой плоскости. Ключевым факто-

ром являлось доверие к врачу, тщательный сбор анамнеза. Поэтому необходимым звеном в диагностике будет создание врачебных комиссий в сложных случаях, предложение и обсуждение различных вариантов лечения, всесторонний подход в диагностике: «Врач должен лечить не болезнь, а больного».

Долевое участие авторов. Концепция и дизайн исследования – А.Л. Лущик.

Сбор и обработка материала, а также написание текста: А.Л. Лущик, И.А. Фирсова.

Редактирование текста: А.Л. Лущик, О.А. Панина. Ответственность за целостность всех частей статьи – А.Л. Лущик.

Author's contribution. The concept and design of the study A.L. Luschnik. Collection and processing of the material, as well as writing the text: A.L. Luschnik, I.A. Firsova.

Text editing: A.L. Luschnik, O.A. Panina. Responsibility for the integrity of all parts of the article – A.L. Luschnik

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Financing. The study had no sponsorship.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Литература / References

- Зорина В.Н. Молекулярная мимикрия и COVID-19. *Инфекция и иммунитет*. 2023;13(5):841-52. DOI: 10.15789/2220-7619-TMM-8878 Zorina V.N. Molecular mimicry and COVID-19. *Infection and immunity*. 2023;13(5):841-52. DOI: 10.15789/2220-7619-TMM-8878 (in Russian).
- Трошина Е.А. Хронический аутоиммунный тиреоидит – «сигнальное заболевание» в составе мультиорганного аутоиммунного синдрома. *Проблемы эндокринологии*. 2023;69(4):4-10. DOI: 10.14341/probl13361 Troshina E.A. Chronic autoimmune thyroiditis is a «signaling disease» as part of a multiorgan autoimmune syndrome. *Problems of endocrinology*. 2023;69(4):4-10. DOI: 10.14341/probl13361 (in Russian).
- Мамадалиев Ж.Б., Искандаров Ш.К., Пулотов Б.П. *Science and Education Scientific Journal*. 2023;4(5):636-44. Mamadaliev Zh.B., Iskandarov Sh.K., Pulotov B.P. *Science and Education Scientific Journal*. 2023;4(5):636-44 (in Russian).
- Попова Т.Е., Таппахов А.А., Давыдова Т.К. и др. Клинический случай энцефалопатии Хашимото у 21-летней пациентки. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2021;15(4):99-104. DOI: 10.54101/ACEN.2021.4.11 Popova T.E., Tappakhov A.A., Davydova T.K. et al. A clinical case of Hashimoto's encephalopathy in a 21-year-old patient. *Annals of clinical and experimental neurology*. 2021;15(4):99-104. DOI: 10.54101/ACEN.2021.4.11 (in Russian).
- Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Функциональные неврологические расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(1):98-103. DOI: 10.17116/jnevro202112101198 Chutko L.S., Surushkina S.Y. Functional neurological disorders. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2021;121(1):98-103. DOI: 10.17116/jnevro202112101198 (in Russian).
- Dimsdale Joel E. Симптом функционального неврологического расстройства (конверсионное расстройство). 2022. Справочник MSD (профессиональная версия). Dimsdale Joel E. A symptom of a functional neurological disorder (conversion disorder). 2022. MSD Reference Book (professional version) (in Russian).
- Славгородская М.С., Матвеев А.О. Вегетативная маска конверсионного расстройства: трудности диагностики и терапии. Материалы XIV Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Ростов-на-Дону, 2023. С. 70–77. Slavgorodskaya M.S., Matveev A.O. Vegetative mask of conversion disorder: difficulties of diagnosis and therapy. In: Materials of the XIV International Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists. Rostov-on-Don, 2023. P. 70-77 (in Russian).
- Попов С.М. Психопатологические особенности истерических расстройств в рамках эндогенных психических заболеваний и аффективного спектра и шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022;32(1):34-40. Popov S.M. Psychopathological features of hysterical disorders within the framework of endogenous mental diseases and the affective spectrum and schizophrenia. *Social and clinical psychiatry*. 2022;32(1):34-40 (in Russian).
- Винникова Л.А., Левченко Е.В. Нервная анорексия на примере клинического случая. *Innova*. 2021;(2): 8-60. DOI: 10.21626/innova/2021.2/13 Vinnikova L.A., Levchenko E.V. Anorexia nervosa as an example of a clinical case. *Innova*. 2021;(2): 8-60. DOI: 10.21626/innova/2021.2/13 (in Russian).
- Юлдашев В.Л., Халикова Р.А., Сардтдинов Д.А. Случай нервной анорексии в клинической практике. *E-SCIO*. 2021;1(52):501-17. Yuldashev V.L., Khalikova R.A., Sadretdinov D.A. The case of anorexia nervosa in clinical practice. *ESCIO*. 2021;1(52):501-17 (in Russian).
- Трухачева Е.С., Попов А.А. Электролитные нарушения у лиц с нервной анорексией. *Форум молодых ученых forum-nauka.ru*. 2023;10(86):1-10. Trukhacheva E.S., Popov A.A. Electrolyte disorders in individuals with anorexia nervosa. *Forum of Young Scientists forum-nauka.ru*. 2023;10(86):1-10. (in Russian).
- Сиволап Ю.П., Портнова А.А. Нервная анорексия и нервная булимия-неужели болезни антиподы? *Клинические рекомендации*. 2023;LV(2):71-80. DOI: 10.17816/nb430231 Sivolap Yu.P., Portnova A.A. Anorexia nervosa and bulimia nervosa-are diseases really antipodes? *Clinical Recommendations*. 2023;LV(2):71-80. DOI: 10.17816/nb430231 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Лущик Арина Леонидовна – невролог, БУЗ Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №4». E-mail: lushchik.arina@mail.ru; ORCID: 0009-0003-1605-0192

Фирсова Ирина Александровна – доктор функциональной диагностики, АУЗ ВО «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр». ORCID: 0009+0008-6307-9752

Панина Ольга Алексеевна – канд. мед. наук, ассистент Департамента сестринского дела, ФГБОУ ВО «ВГМУ имени Н.Н. Бурденко». ORCID: 0000-0002-7351-3638

Поступила в редакцию: 13.05.2024

Поступила после рецензирования: 22.05.2025

Принята к публикации: 23.05.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Arina L. Lushchik – Neurologist, Voronezh region Voronezh City Clinical Polyclinic No. 4. E-mail: lushchik.arina@mail.ru; ORCID: 0009-0003-1605-0192

Irina A. Firsova – Doctor of functional diagnostics, Voronezh Regional Clinical Consultative and Diagnostic Center. ORCID: 0009+0008-6307-9752

Olga A. Panina – Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Organization of Nursing, Burdenko Voronezh State Medical University. ORCID: 0000-0002-7351-3638

Received: 13.05.2024

Revised: 22.05.2025

Accepted: 23.05.2024