

УДК 617.546- 009.7-06:616.89-008.441.14]-08

БОЖЕНКО Н.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра неврології

БОЛЬОВІ СИНДРОМИ СПИНИ: ДЕЯКІ ПСИХОЕМОЦІЙНІ АСПЕКТИ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Резюме. У статті розглядається проблема порушення психоемоційного стану у хворих із больовими синдромами нижнього відділу спини. Наведені дані дослідження щодо визначення внеску психоемоційних порушень у прояви больового синдрому та корекції цих проявів препаратом Лайф 900. Зазначено, що дослідження доведеної ефективності, безпечності застосування, зручності прийому та безрецептурного відпуску в аптеці вирізняє Лайф 900 серед інших антидепресантів та робить його використання доцільним у практиці лікаря-невролога.

Ключові слова: психоемоційні розлади, біль у нижній ділянці спини, лікування, Лайф 900.

Актуальність

Вивчення психоемоційних аспектів больових синдромів (БС) спини — надзвичайно актуальне завдання. Адже проблема дослідження особливостей функціонування особистості в умовах різних соматичних змін сьогодні не тільки не втратила своєї актуальності, а й набула нового забарвлення у світлі сучасних уявлень про психологічний та соціальний аспекти здоров'я, шляхи його збереження та оптимізації. Незважаючи на безліч напрямків і концепцій, більшістю дослідників найбільш ефективним визнається мультифакторний підхід до вивчення особливостей реагування особистості на зміну свого соматичного стану, суб'єктивного його відображення та пов'язаних із цим уявлень і переживань.

Відомо, що реакціями на будь-які фізіологічні чи патологічні зміни в організмі є певні суб'єктивні відчуття, розуміння й оцінка процесів, що відбуваються, та ставлення до них.

Одним із яскравих прикладів розвитку таких змін є реакція на біль, який майже завжди супроводжує захворювання спини. Під впливом болю та хронічного фізичного дискомфорту у хворих із больовими синдромами спини виникають різноманітні психоемоційні порушення. При цьому тривалі тривожні стани змінюють параметри фізіологічних процесів, переводять організм в інший режим функціонування, що пов'язане з напруженням адаптаційних

систем. Хронічне напруження адаптаційних та компенсаторних механізмів призводить до зниження ефективності їх функціонування і навіть до виснаження, що зрештою може спричинити поглиблення вже існуючих та формування вторинних соматичних симптомів.

Біль — неприємне відчуття або страждання, викликане подразненням особливих нервових закінчень у пошкоджених тканинах організму. Біологічне значення болю полягає в тому, що він служить сигналом, насторожує і примушує знизити фізичну активність при хворобі, що полегшує процес одужання. Ч. Шеррінгтон зазначав: «Біль — сторожовий пес здоров'я». Гострий біль відіграє позитивну фізіологічну роль, сигналізуючи про пошкодження тканин, включаючи іммобілізацію для забезпечення найбільш сприятливих умов для загоєння. Водночас неконтрольований біль може відігравати негативну роль, не тільки створюючи дискомфорт для пацієнта, але й провокуючи ускладнення з боку практично всіх

Адреса для листування з авторами:

Боженко Наталія Леонідівна
м. Львів, вул. Пекарська, 69,
Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

© Боженко Н.Л., 2013

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

органів і систем. Міжнародна асоціація з вивчення болю (International Association for the Study of Pain — IASP) на одній із Європейських конференцій розглянула питання контролю болю як одне з прав людини. Відповідно до визначення IASP, біль — це неприємне сенсорне та емоційне переживання, що пов'язане з наявним або потенційним пошкодженням тканин або ж описується пацієнтом у термінах такого пошкодження (IASP, 1979). Реакція на одне й те саме больове подразнення може значно відрізнятись залежно від генетичної схильності, культурних традицій пацієнта, віку, статі та деяких інших факторів. Біль зустрічається при різноманітних неврологічних, соматичних і хірургічних захворюваннях (судинних, запальних процесах, пухлинах, травмах, рефлексорному больовому синдромі, полінейропатії тощо) і, відповідно, значно погіршує якість життя пацієнта. Болі у спині, за рекомендаціями ВООЗ із 2000 року, включені в число пріоритетних досліджень. Це пов'язано насамперед із частотою виникнення хронічного больового синдрому, що веде до тривалої втрати працездатності в осіб молодого віку, а іноді й до інвалідизації. Якщо звернутися до епідеміології больових синдромів, то одними з найчастіших є болі у спині та м'язові болі — 56 %. Болі в спині зустрічаються, за узагальненими даними, у 40–80 % популяції. У віці від 20 до 64 років болі в спині турбують 24 % чоловіків і 32 % жінок. Найчастіше найбільш виражені болі в спині спостерігаються в осіб віком 50–64 роки [5–8]. Дорсалгії входять у трійку лідерів серед основних причин тимчасової втрати працездатності [5]. Больові синдроми нижньої частини спини — важлива ланка неврологічної патології. Особливу роль у ній відіграють хронічні больові синдроми. У загальній структурі болю будь-якого походження можна виділити п'ять основних компонентів:

1. Перцептуальний компонент, що дозволяє визначити місце пошкодження болю.
2. Емоційно-афективний компонент, що відображає психоемоційну реакцію на пошкодження.
3. Вегетативний компонент, пов'язаний із рефлекторними змінами тону симпатoadреналової системи.
4. Руховий компонент, спрямований на усунення дії пошкоджуючих чинників.
5. Когнітивний компонент, що бере участь у формуванні суб'єктивного ставлення до болю, що відчувається в даний момент, на основі накопиченого попереднього досвіду [2, 3].

Біль — це своєрідний психофізіологічний стан, що супроводжується не тільки органічними й функціональними порушеннями в організмі, а й призводить до психоемоційних змін [7]. Психологічні й емоційні ефекти болю часто впливають на суб'єктивну реакцію пацієнта, перебільшення або зменшення значущості болю. Лікаря часто доводиться мати справу з психоемоційними проявами больового синдрому, що формують так звану больову поведінку. Психологічний статус також може суттєво вплинути на сприйняття болю. Депресія і

тривога асоціюються з посиленням болю при больовому синдромі та здатні зумовити більш інтенсивний біль [15]. Тривога, пов'язана з очікуванням болю, негативно відбивається на функціональному стані пацієнтів та посилює больові відчуття.

Людина — істота соціальна, тому останнім часом особливо важливим стає вивчення біопсихосоціальної концепції болю (Данилов А., Данилов А., 2012). Такі психологічні фактори, як страх, тривога, депресія, безумовно, впливають на сприйняття болю. Відповідно до цієї концепції, біль — це результат динамічної взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних факторів. На різних стадіях захворювання питома вага різних факторів може змінюватися. Якщо в гострій фазі хвороби переважають біологічні (анатомічні, генетичні, фізіологічні) фактори, то при хронізації болю на перший план можуть виходити психологічні (афективні, когнітивні, поведінкові) та соціальні (гендерні, національні традиції) фактори. Біологічні чинники можуть ініціювати, підтримувати й модулювати фізичні розлади, тоді як психологічні зміни впливають на оцінку і сприйняття внутрішніх фізіологічних сигналів. У свою чергу, психологічні фактори впливають на біологічні, змінюючи продукцію гормонів, нейромедіаторів, стан ВНС та біохімічні процеси в мозку [9].

Біль необхідно розглядати як особистісне переживання, що виникає не лише під впливом фізичної патології, але й ракурсу, погляду на захворювання особи, попереднього досвіду, яке описується термінами сенсорних і емоційних розладів. Сучасні уявлення про сутність концепції хвороби передбачають врахування всієї сукупності змін, які торкаються як біологічного рівня порушень (соматичні симптоми та синдроми), так і психосоціального рівня функціонування особистості зі зміною цінностей, інтересів, кола спілкування, з переходом до принципово нової соціальної ситуації зі своїми специфічними заборонами та обмеженнями тощо.

Відомо, що хронічне соматичне захворювання істотно змінює весь соціальний розвиток людини, змінює її можливості в здійсненні різних видів діяльності, призводить до обмеження кола контактів, загальної зміни місця в житті. У зв'язку з цим досить часто спостерігаються різноманітні психічні реакції, такі як психоемоційна лабільність, кволість, апатія, підвищена вимогливість, образливість, зниження вольової активності, обмеження кола інтересів, порушення цілеспрямованої діяльності, збіднення загального психічного складу.

Таким чином, поняття про соматичні зміни та больові відчуття в кожній конкретній особі — це сплав соціального й власного досвіду, який поряд із загальними закономірностями об'єктивних проявів та суб'єктивного їх відображення необхідно враховувати при дослідженні даного питання та вирішенні тактики лікування.

Виходячи з вищевикладеного, аналіз будь-якого больового синдрому у хворих із БС має ґрунтуватися

на врахуванні багатьох факторів, насамперед причин та механізмів виникнення й розвитку болю, його топографії, інтенсивності, тривалості, наявності та особливості іррадіації, уточнення засобів та прийомів, що його полегшують, при цьому оцінка характеру больових відчуттів повинна включати розуміння наявності не тільки фізичного, а й психологічного, морального та соціального його компонентів. Зневаження принципів такого комплексного підходу до обстеження та ведення хворих із проявом болю у спині є головною причиною неправильного оцінювання характеру больового синдрому, ускладнює його контроль та корекцію, а також призводить до неможливості ефективної фізіологічної та психосоціальної адаптації людини.

Розглядаючи основні фактори, які впливають на інтенсивність больових відчуттів, слід зазначити, що переживання болю у звичайних умовах, безперечно, залежить від сили та тривалості больового подразника. Ця залежність є особливо очевидною у випадках достатньо інтенсивного та тривалого потоку больової імпульсації. При цьому у нервових центрах (підкоркових утвореннях та корі) виникає стан, який І.П. Павлов охарактеризував як інертний процес збудження, а О.О. Ухтомський назвав домінантою. Больовий синдром, який став домінантним, доповнюється різноманітними умовними зв'язками, які утворюються не тільки на основі першосигнальних та другосигнальних подразників, але й у зв'язку з увлєненнями та більш складними психічними переживаннями [5]. Відповідно, вивчення та корекція психоемоційного стану хворого набувають надзвичайної актуальності.

Важливу роль у лікуванні хворих із БС відіграють антидепресанти. Антидепресанти, які застосовують у пацієнтів із неврологічною патологією, повинні відповідати таким вимогам:

- 1) виявляти, окрім антидепресивної та протитривожної дії, певний антиастенічний ефект;
- 2) бути максимально безпечними в застосуванні, не впливати на функцію серцево-судинної системи, не викликати безсоння або сонливості.

Одним із засобів, що успішно поєднують властивості антидепресанту та антиастенічного препарату, є Лайф 900 — лікарський засіб на основі стандартизованого екстракту звіробою (*Hypericum perforatum*). На сьогодні препарати звіробою в Європі прописують частіше, ніж класичні антидепресанти [17, 20–22]. Їх популярність зумовлена:

- комплексом механізмів дії та широтою клініко-фармакологічного спектра;
- достатньо високою ефективністю;
- високою безпекою застосування;
- економічною доступністю.

Кокранівський огляд 29 досліджень (5489 хворих; 18 порівнянь із плацебо і 17 порівнянь із синтетичними антидепресантами) показав, що екстракти звіробою,

протестовані у включених дослідженнях, переважають плацебо в пацієнтів із депресією та є такими ж ефективними, як еталонні антидепресанти, мають менше побічних ефектів (Linde K., 2008).

Лайф 900 є унікальним та єдиним в Україні рослинним антидепресантом, що містить в 1 таблетці 900 мг сухого екстракту звіробою. Саме цю дозу екстракту звіробою рекомендує ВООЗ для лікування депресивних розладів. Тому Лайф 900 застосовується лише 1 раз на добу, що дозволяє досягнути кращого комплайенсу хворого до лікування.

Для загальних екстрактів і для окремих компонентів звіробою був експериментально доведений цілий ряд механізмів, які пояснюють їх антидепресантну дію. Для деяких із цих компонентів було доведено, що вони проникають через гематоенцефалічний бар'єр і тому можуть діяти безпосередньо на центральну нервову систему. Найкраще вивчені компоненти у звіробою належать до нафтодіантронів (гіперіцинів), флороглюцинолів (гіперфоринів) та флавоноїдів. Слід виходити з того, що ефект базується на взаємодії різних компонентів і загальний екстракт має розглядатися як власне діюча речовина. Висока ефективність Лайфу 900 доведена клінічно й зумовлена дією гіперіцину, гіперфорину й інших активних сполук, які одночасно впливають на моноаміноксидазу, а також на три нейромедіаторні системи — серотонінову, норадреналінову і дофамінову. На відміну від більшості синтетичних антидепресантів (наприклад, селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну) екстракт звіробою інгібує зворотний захват нейромедіаторів, як правило, неселективно.

Гіперіцин як основний діючий компонент стандартизованого екстракту трави звіробою перешкоджає розвитку порушень нейротрансмітерної передачі (гальмує зворотний захват норепінефрину, моноамінових нейромедіаторів, дофаміну й серотоніну в пресинаптичних нейронах), здатний пригнічувати активність моноаміноксидази і катехол-О-метилтрансферази.

Завдяки своєму ліпофільному походженню гіперіцин здатний проникати через гематоенцефалічний бар'єр і чинити сприятливу дію на функціональний стан центральної нервової системи.

Флавоноїди екстракту звіробою, які містяться в його квітках, зв'язуючись із бензодіазепіновими рецепторами, виявляють заспокійливий ефект.

Підвищення рівня норепінефрину, спричинене екстрактом звіробою, покращує апетит, активність і бадьорість.

Показаннями до застосування є депресивні розлади легкого та середнього ступеня тяжкості, що супроводжуються такими симптомами, як пригнічений настрій, відчуття хронічної втоми, емоційна виснаженість, зниження працездатності. Унікальною властивістю звіробою є поєднання ефекту на центральну нервову систему (ЦНС), властивостей трициклічних антидепресантів,

селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та інгібіторів моноаміноксидази, а саме:

— гальмування активності ферментів катаболізму біогенних амінів — моноаміноксидази, дофамін-бета-гідроксилази і катехол-О-метилтрансферази, тим самим підвищується активність катехоламінергічної нейромедіації в ЦНС;

— блокада зворотного захвату серотоніну;

— модулюючий вплив на активність постсинаптичних серотонінових рецепторів [21, 17, 20].

Таким чином, препарати з виробу, зокрема Лайф 900, впливають на всі ланки синаптичної регуляції амінергічних процесів у ЦНС [22, 20].

Крім того, ці препарати мають дофамінові ГАМКергічні властивості, а також мембраностабілізуючі ефекти. На практиці це реалізується в комплексі таких клініко-фармакологічних ефектів, як:

- антидепресивний (тимоаналептичний);
- тимостабілізуючий;
- психоенергізуючий;
- анксиолітичний;
- антиастенічний;
- вегетостабілізуючий.

Лайф 900 не утворює активних метаболітів в організмі, має мінімальний потенціал міжмедикаментозної взаємодії, що дуже важливо для хворих у неврології. Це стало передумовою застосування цього препарату в комплексній терапії для корекції психоемоційного стану в цієї категорії пацієнтів.

Мета — вивчення психоемоційного стану хворих із больовими синдромами нижнього відділу спини, визначення їх внеску у прояви больового синдрому та корекція цих проявів препаратом Лайф 900.

Матеріали та методи

У дослідження були включені 33 хворі віком 27–65 років, які лікувалися з приводу болю в спині, із клінічною картиною вертеброгенної попереково-крижової радикулопатії. Усім хворим для підтвердження діагнозу були проведені комплексне неврологічне обстеження, рентгенографія, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія. Усі пацієнти, крім стандартного неврологічного обстеження, отримали консультації психолога.

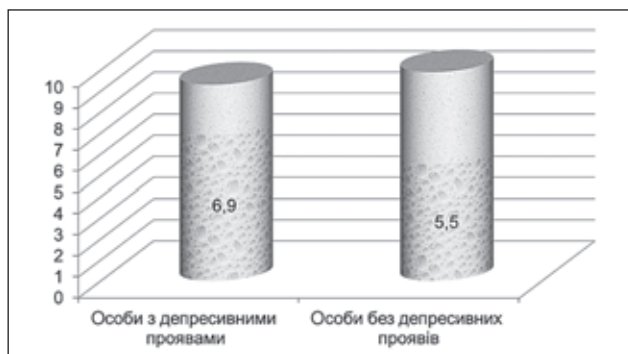


Рисунок 1. Больовий синдром за ВАШ (бали)

Крім бесід та спостереження за хворими, застосовували психологічні тести: шкалу самооцінки (Спілбергера — Ханіна), шкалу депресії Гамільтона, шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова Е.А.), опитувальник Айзенка. Вираженість болю оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) і опитувальника DN4. Як засіб психоемоційної корекції застосовували Лайф 900 у дозі 900 мг/добу (1 таблетка 1 раз на добу).

Результати

Розлади у вигляді депресивного синдрому спостерігались у 58 % хворих, майже у 73 % спостерігався тривожний синдром. Вони проявлялись зниженням працездатності, порушеннями сну, зниженням настроєм, тривогою, напруженістю, безпричинними страхами, вегетативними розладами. Больовий синдром за 10-бальною ВАШ був оцінений у $6,9 \pm 0,3$ бала в пацієнтів із депресивними проявами і в $5,5 \pm 0,2$ бала в пацієнтів без них.

У тих осіб, у яких тривалість больового синдрому була 2 місяці і більше, з'являлися нейропатичні компоненти в структурі больового радикулярного синдрому, які оцінювались за допомогою опитувальника DN4 (35 %). Особливо яскраво вираженими психоемоційні порушення були в пацієнтів холеричного й меланхолічного типів (за опитувальником Айзенка). У хворих меланхолічного темпераменту больовий синдром був у 69 % випадків на фоні депресивних проявів, у сангвініків — без них. Вираженість больового синдрому мала такі тенденції: була вищою в осіб меланхолічного і холеричного типів ($6,7 \pm 0,2$ та $6,3 \pm 0,2$ особи), нижче — у сангвінічного і флегматичного типів ($5,9 \pm 0,2$ та $4,8 \pm 0,3$ особи).

Лайф 900 застосовували як засіб психоемоційної корекції у дозі 900 мг/добу (1 таблетка 1 раз на добу) впродовж місяця. Тимоаналептична дія проявлялася вже до кінця 1-го тижня терапії, через 2–3 тижні була зафіксована виражена клінічна дія, що об'єктивно позначалося в зниженні показників за шкалою Гамільтона. Усі пацієнти отримували стандартну терапію больових синдромів спини: нестероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти, вітаміни групи В, антихолінестеразні засоби, у разі наявності нейропатичного компонента — прегабалін чи габапентин. Побічних ефектів у хворих не спостерігалось. Важливо відзначити вірогідне зниження реактивної тривожності у пацієнтів за шкалою Спілбергера — Ханіна та показників шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова Е.А.). Хворі, які приймали Лайф 900, стали значно спокійнішими, впевненішими,

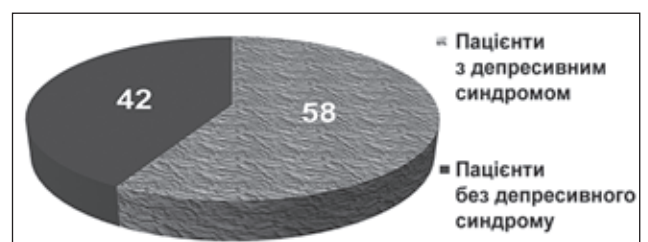


Рисунок 2. Пацієнти з депресивним синдромом (%)

активнішими в лікуванні та співпраці з лікарем, налаштованими на покращення стану здоров'я. Відзначали поліпшення настрою та активності, відчуття бадьорості, концентрації уваги, значне зменшення астеничної, тривожної та іпохондричної симптоматики. Одним із методів оцінки ефективності екстракту звіробію, що міститься в Лайф 900, був аналіз звітів пацієнтів, які поряд з антидепресивною дією відзначали стимулюючий і енергізуючий ефект препарату. Крім того, пацієнти вказували на зменшення втомлюваності і тривожності, покращення сну та фізичної працездатності. Динаміка показника за 10-бальною ВАШ була після лікування позитивною — 3,4 бала.

Висновки

Порушення психоемоційного стану у вигляді депресивних та тривожних проявів характерне для частини хворих із хронічними болями в спині. Вони впливають на вираженість, емоційне забарвлення больового синдрому й підтверджують значення психогенних факторів у патогенезі формування болю. Індивідуальні типологічні особливості, біопсихосоціальний статус пацієнта можна розглядати як важливі конституційні складові клініко-патогенетичних механізмів хронічних болів у спині. Врахування психоемоційних особливостей сприйняття болю сприятиме оптимізації лікування й реабілітації хворих із хронічними болями у спині. Фітотерапевтична стратегія лікування депресій не психотичного генезу набуває в сучасній неврології значної популярності. Оптимізація нейрореабілітації хворих із хронічним больовим синдромом повинна включати медикаментозну корекцію психоемоційного стану, оскільки тривожні та депресивні розлади є дуже поширеними в цих хворих. У лікуванні больових синдромів спини добре зарекомендував себе стандартизований екстракт звіробію STW 3-VI, що входить до складу рослинного антидепресанту Лайф 900. Він виявляє клінічно значимі результати при корекції депресивних та тривожних станів, що дуже важливо для даного контингенту хворих. Треба пам'ятати, що для досягнення повноцінного лікувального ефекту Лайф 900 слід приймати згідно з протоколами призначення антидепресантів — не менш ніж 2 місяці. Лайф 900 на відміну від синтетичних антидепресантів практично не має побічних ефектів, добре переноситься, не викликає звикання та синдрому відміни. Застосування Лайфу 900 може сприяти оптимізації лікування хворих, поліпшенню їх загального самопочуття та якості життя.

Таким чином, Лайф 900 практично повністю відповідає критеріям ідеального антидепресанту в неврологічній практиці для лікування депресивних розладів та тривожних станів, у тому числі в комплексному лікуванні хворих із хронічним больовим синдромом у спині. Застосування при хронічному вертеброгенному больовому синдромі виправдане в пацієнтів і без вираженої депресії. На фоні прийому Лайфу 900 значно

покращується емоційний стан хворих, що дозволяє їм легше переносити даний патологічний стан та покращує якість життя пацієнтів. Поєднання доведеної ефективності, безпечності застосування, зручності прийому та безрецептурного відпуску в аптеці вигідно відрізняє Лайф 900 від інших антидепресантів та робить його використання доцільним у практиці лікаря-невролога.

Список літератури

1. Барінов А.Н. Комплексное лечение боли // РМЖ. — 2007. — Т. 15, № 4.
2. Боль: Руководство для врачей и студентов / Под ред. Н.Н. Яхно. — М., 2009. — 302 с.
3. Вертеброгенні больові синдроми попереково-крижового відділу хребта та їх лікування із застосуванням вітамінів групи В / С.М. Вінчук, І.І. Бедрій, П.П. Уніч та ін. // Український медичний часопис. — 2007. — № 6(62).
4. Веселовський В.П., Шевага В.М., Пишк С.С. Вертебро-неврологія. — Львів: Світ, 1992.
5. Вознесенская Т.Г. Боль в спине: взгляд невролога // Здоров'я України. — 2006. — № 23. — С. 1-38.
6. Вознесенская Т.Б. Хроническая боль и депрессия // Фарматека. — 2008. — № 6(160).
7. Голубев В.Л., Данилов А.Б., Вейн А.М. Психосоціальні чинники, гендер і біль // Журнал неврології і психіатрії. — 2004. — Т. 104(11). — С. 70-73.
8. Головач Ю.Л. Комбіновані анальгетичні препарати в симптоматичній терапії больового синдрому у ревматологічних хворих // Мистецтво лікування. — 2008. — № 2(48). — 72-75.
9. Ван Роенн Дж.Х., Пейс Дж.А., Преодер М.И. Диагностика и лечение боли. — М.: Бином, 2012. — 494 с.
10. Данилов А., Данилов А. Боль. — М., 2012.
11. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. — М.: Боргес, 2007. — 192 с.
12. Зозуля І.С., Зозуля А.І. Біль та знеболлення // Мат-ли наукового симпозиуму «Сучасні проблеми медицини невідкладних станів», 21–22 травня 2009. — С. 73-75.
13. Клименко О.В., Головченко Ю.І., Каліщук-Слободін Т.М. та ін. Структура дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта: клініка, діагностика та лікування // Consilium Medicum. Ukraina. — 2008. — № 2(11). — 23-25.
14. Крыжановский Г.Н. Дегенеративные структуры в патологии нервной системы. Генераторные механизмы нейропатологических синдромов. — М.: Медицина, 1980. — 360 с.
15. Статинова Е.А., Прокопенко Е.Б. Антидепрессанты растительного происхождения в комплексной терапии больных с хронической ишемией головного мозга // Международный неврологический журнал. — 2012. — № 5(51).
16. Мищенко Т.С., Балковая Н.Б. Эффективность Лайф 900 у больных дисциркуляторной энцефалопатией II степени гипертонического и атеросклеротического генеза с депрессивными расстройствами легкой и средней степени тяжести // Международный неврологический журнал. — 2013. — № 3(57).
17. Хаустова Е.А. Сезонное аффективное расстройство: диагностика и терапия // Международный неврологический журнал. — 2012. — № 2(48).
18. Low Back Paininitivite. — WHO, 1999. — P. 4.

19. Hammerness P. et al. *St. John's wort: a systematic review of adverse effects and drug interactions for the consultation psychiatrist* // *Psychosomatics*. — 2003. — № 44(4). — P. 271-282.

20. Wurglics M. et al. *Comparison of German St. John's wort products according to hyperforin and total hypericin content* // *J. Am. Pharm. Assoc. (Wash.)*. — 2001.

21. Linde K., Knuppel L. *Largescale observational studies of hypericum extracts in patients with depressive disorders — a systematic review* // *Phytomedicine*. — 2005. — № 12(1-2). — P. 148-157.

22. Murck H. et al. *Hypericum extract in patients with MDD and reversed vegetative signs: reanalysis from data of a doubleblind,*

randomized trial of hypericum extract, fluoxetine, and placebo // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* — 2005. — № 8(2). — P. 215-221; № 41(4). — P. 560-566.

23. Martinez B., Kasper S., Ruhrmann S., Möller H.J. *Hypericum in the treatment of seasonal affective disorders* // *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* — 1994. — № 7, Suppl. 1. — S. 29-33.

24. Kasper S., Gastpar M., Muller W.E. et al. *Efficacy of St. John's wort extract WS 5570 in acute treatment of mild depression: a reanalysis of data from controlled clinical trials* // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* — 2008. — Vol. 258 (1). — P. 59-63.

Отримано 10.12.13 □

Боженко Н.Л.

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, кафедра неврологии

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ СПИНЫ: НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Резюме. В статье рассматривается проблема нарушения психоэмоционального состояния у больных с болевыми синдромами нижнего отдела спины. Приведены данные исследования по определению вклада психоэмоциональных нарушений в проявления болевого синдрома и коррекции этих проявлений препаратом Лайф 900. Отмечено, что сочетание доказанной эффективности, безопасности применения, удобства приема и безрецептурного отпуска в аптеке выделяет Лайф 900 среди других антидепрессантов и делает его использование целесообразным в практике врача-невролога.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, боль в нижнем отделе спины, лечение, Лайф 900.

Bozhenko N.L.

Lviv National Medical University named after Danylo
Galytsky, Department of Neurology, Lviv, Ukraine

BACK PAIN SYNDROMES: SOME PSYCHOEMOTIONAL ASPECTS AND LIMITATIONS OF THEIR CORRECTION

Summary. This paper deals with the problem of disorders of mental and emotional state in patients with low-back pain syndromes. There are given the data from the studies determining the contribution of psychoemotional disorders in the manifestation of pain syndrome and correction of these manifestations using Life 900. It is noted that the combination of proven efficacy, safety of use, usability and OTC allocates Life 900 among other antidepressants and makes it feasible to use in the practice of a neurologist.

Key words: psychoemotional disorders, low-back pain, treatment, Life 900.