

# Особенности психовегетативных нарушений при хроническом болевом синдроме

Романенко В.И.<sup>1</sup>, Романенко И.В.<sup>2</sup>, Романенко И.Ю.<sup>2</sup>

*1 Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина  
2 ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Рубежное, Украина*

**Резюме.** В статье приводятся данные, объясняющие важность острой и хронической боли для пациента и общества в целом, описываются наиболее частые коморбидные проявления при хроническом болевом синдроме. Отдельное внимание уделяется вопросам классификации, диагностике и лечению тревожно-депрессивных расстройств, сопровождающих хронические болевые синдромы.

**Ключевые слова:** боль, хроническая боль, тревога, депрессия.

## Актуальность проблемы боли

**Боль** – это одна из самых частых жалоб, с которой пациент обращается к врачу. Согласно определению Международной ассоциации по исследованию боли (IASP – International Association for the Study of Pain) боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с текущим или потенциальным тканевым повреждением или описываемое в терминах такого повреждения [1].

Около 80% взрослого населения Земли хотя бы раз в жизни испытывали головную боль или боль в спине. По данным IASP (2005), более 20% взрослого населения Европы испытывает хроническую боль. При этом 19% больных отмечают, что хронический болевой синдром существенно нарушает их обычную жизнь, приводит к снижению или утрате работоспособности. Около 35% пациентов испытывают боль ежедневно, а у 16% она настолько сильна, что вызывает появление суицидальных мыслей [2].

Боль – это основная медицинская проблема в Европе, которая наносит значительный ущерб не только больному, но и обществу в целом. 25% европейцев страдает от боли в мышцах, суставах, шее или спине, которая длится более 3 месяцев и влияет на повседневную активность. 5% европейцев страдает от сильных болевых синдромов. Две трети болевых синдромов связаны с мышечно-скелетной болью [3].

По длительности боль делится на острую и хроническую.

**Острая боль** представляет собой синдром какого-то заболевания, повреждения тканей или внезапно возникшей патологии (травмы), небольшой продолжительности, клиническая выраженность определяется характером травмирующего фактора и его прогностическим влиянием на жизнедеятельность организма.

Острую боль можно назвать физиологической, поскольку она выполняет определённую защитную функцию и, сигнализируя о развитии патологических процессов в тканях, способствует развитию в организме адапционных комплексных реакций. Лечение острой боли обычно направлено на устранение причины, вызвавшей эту боль, либо на минимизацию её аллогенного действия (блокады).

**Хроническая боль** – это болезнь сама по себе, многомерное, полимодальное, эмоционально негативно окрашенное психофизическое состояние, модулированное возрастными физиологическими и психосоциальными особенностями личности. Она имеет многокомпонентное происхождение, в основе которого лежат не только патофизиологические, но и тесно взаимодействующие биологические, психологические и социальные факторы.

Хроническую боль называют также патологической болью, она считается самостоятельным заболеванием с дисфункцией центральной и периферической нервной системы. Её главными отличиями являются длительность (не менее 3 мес.), повышение устойчивости к проводимой терапии, отсутствие прямой зависимости от выявления и устранения вызвавшей её причины.

Один из корифеев IASP Allan I. Basbaum сказал: «Хроническая боль - это заболевание нервной системы, которое нужно лечить агрессивно вне зависимости от причин, ее вызывающих» [4].

Адрес для переписки:

Романенко Владимир Игоревич  
Национальный медицинский университет  
им. А.А. Богомольца, бул. Шевченко, 13, Киев, 01601  
vladimir.romanenko@pain.in.ua

© Романенко В.И., Романенко И.В., Романенко И.Ю., 2016

© Український журнал болю, 2016

© Українська асоціація з вивчення болю, 2016



## Коморбидные нарушения при хроническом болевом синдроме

Достаточно часто пациенты с хроническим болевым синдромом различной локализации имеют коморбидные нарушения. Хорошо известно, как трудны диагностика и лечение упорных кардиалгий, артериальной гипертензии или гипотонии, устойчивой тахикардии, длительной и необъяснимой гипертермии, постоянной одышки или затруднения дыхания, непроходящего ощущения тошноты, повторяющейся рвоты, изнуряющего потоотделения, головокружения, диссомнических нарушений, липотимических состояний и, наконец, драматичных и вызывающих страх у больных вегетативных пароксизмов, или панических атак (ПА).

**Синдром вегетативной дистонии (СВД)** – это симптомокомплекс вегетативных расстройств, обусловленный нарушением вегетативной регуляции внутренних органов и систем, сочетающийся с различной степенью выраженности эмоциональными проявлениями. СВД включает в себя проявления всех форм нарушений вегетативной регуляции, осуществляемой сегментарными и надсегментарными вегетативными аппаратами. Согласно современным представлениям существует обобщенное понятие СВД, внутри которого выделяют 3 отдельных клинических единицы: психовегетативный синдром (ПВС), синдром периферической вегетативной недостаточности (ПВН), ангио-трофо-алгический синдром (АТАС).

Наиболее частым коморбидным нарушением у пациентов с хронической болью является психовегетативный синдром с тревожно-депрессивным компонентом.

Тревога – это отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия.

Здоровые люди могут испытывать чувство тревоги, которая называется нормальной (физиологической) тревогой. Она обусловлена внешними факторами, связана с угрожающей ситуацией и усиливается адекватно ей в условиях субъективной значимости выбора, при недостатке информации или дефиците времени.

Наряду с физиологической тревогой выделяют патологическую тревогу – беспочвенное неопределенное волнение, предчувствие опасности, грозящей катастрофы с ощущением внутреннего напряжения, боязливого ожидания. Она не связана с реальной угрозой и может осознаваться как беспредметное беспокойство. Патологическая тревога усиливается неадекватно ситуации, обусловлена внутренними причинами, но может провоцироваться и внешними обстоятельствами, имеет

конкретные клинические проявления, может сочетаться с двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Такая тревога длительна во времени (более 4 недель) и всегда приводит к подавлению (истощению), а не усилению адаптационных возможностей организма.

Условно выделяют психологические симптомы тревоги и разнообразные физические (соматические) симптомы, большинство из которых связаны с активацией вегетативной нервной системы (табл. 1).

Таблица 1. Симптомы тревоги

Психические	Соматические
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Страх и мрачные предчувствия</li> <li>• Внутреннее напряжение</li> <li>• Раздражительность</li> <li>• Нарушение концентрации</li> <li>• Повышение стартового ответа</li> <li>• Повышенная чувствительность к соматическим ощущениям</li> <li>• Нарушение сна</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мышечное напряжение</li> <li>• Тремор</li> <li>• Потливость</li> <li>• Сердцебиение</li> <li>• «Стеснение» в груди и дискомфорт</li> <li>• Дыхательный дистресс</li> <li>• Сухость во рту</li> <li>• Трудности глотания</li> <li>• Диарея</li> <li>• Учащение мочеиспускания</li> <li>• Снижение сексуального интереса</li> <li>• Головокружение</li> <li>• Онемение и/или парестезии в конечностях, носогубном треугольнике</li> <li>• Слабость</li> </ul>

Тревожные симптомы приобретают клиническую значимость, когда:

- выраженность симптомов достигает тяжелой степени;
- пролонгируется длительность симптомов;
- симптомы развиваются при отсутствии стрессорных факторов;
- симптомы нарушают физическое, социальное или профессиональное функционирование индивидуума.

Клинически значимая тревога встречается у 5-7% людей в общей популяции и у 25% или более пациентов, наблюдающихся врачами общей практики. Заболеваемость в течение жизни тревожными расстройствами может составлять свыше 30%. Тревога в подростковом и молодом взрослом возрасте часто в дальнейшем перерастает в депрессию. Грань между «нормальным» ответом на угрозу и патологическим тревожным расстройством часто весьма размыта. Определенную помощь в диагностике патологической тревоги могут оказать надежные диагностические критерии тревожных расстройств, изложенные в МКБ-10.

Согласно современным классификациям психических расстройств, тревожные расстройства распределены в восемь дискретных категорий: паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, агорафобия с паническим расстройством, обсессивно-компульсивное расстройство, социальная фобия, специфические фобии, посттравматическое стрессорное расстройство, острое стрессорное расстройство. Среди хронических форм тревоги паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство наиболее часто диагностируются врачами общей практики. Любое из перечисленных тревожных расстройств может протекать в субклинической форме.

Врач-невролог в своей повседневной практике встречается с тревожными расстройствами, находящимися в различных причинно-следственных отношениях с основным (неврологическим) заболеванием. Можно выделить как минимум три такие категории:

- **Первичная патологическая тревога**, проявляющаяся «неврологическими» знаками и симптомами.
- **Тревожное расстройство коморбидное с текущим неврологическим заболеванием** или смешанное тревожно-депрессивное расстройство коморбидное с текущим неврологическим заболеванием.
- **Лекарственно индуцированная тревога**, возникшая в результате терапии основного заболевания.

Пациенты, страдающие первичной хронической тревогой, наблюдаются врачами неврологами чаще всего с диагнозами: вегетативная дистония, нейроциркуляторная дистония, вегетативные кризы, симпато-адреналовые кризы. Для категории пациентов, обращающихся к неврологу, характерно жаловаться на «соматические» симптомы тревоги, которые являются в большинстве своем следствием активации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Психические симптомы могут не осознаваться больным или расцениваться как нормальная реакция на «непонятное» болезненное состояние. Только активный расспрос пациентов позволяет выявить наряду с вегетативной дисфункцией психические тревожные симптомы. Наиболее часто в поле зрения невролога попадают пациенты, страдающие генерализованным тревожным расстройством (ГТР) и паническими атаками (ПА).

**Генерализованное тревожное расстройство** возникает, как правило, до 40 лет (наиболее типичное начало – между подростковым возрастом и третьим десятилетием жизни), течет хронически годами с выраженной флуктуацией симптомов. Женщины заболевают ГТР в два и более раз чаще,

чем мужчины. Основным проявлением заболевания является чрезмерная тревога или беспокойство по поводу обыденных событий, которые пациент не может контролировать. Тревога ассоциирована с тремя или более и из представленных ниже симптомов:

1. Нервозность, беспокойство, ощущение взвинченности, состояние на грани срыва
2. Утомляемость
3. Нарушение концентрации внимания, «отключения»
4. Раздражительность
5. Мышечное напряжение
6. Нарушения сна, чаще всего затруднения засыпания и поддержания сна

Кроме того, неограниченно могут быть представлены неспецифические симптомы тревоги: вегетативные (головокружение, тахикардия, эпигастральный дискомфорт, сухость во рту, потливость и др); мрачные предчувствия (беспокойство о будущем, предчувствие «конца», трудности концентрации); моторное напряжение (двигательное беспокойство, суетливость, невозможность расслабиться, головные боли напряжения, озноб). Именно неспецифические соматические (вегетативные) симптомы часто становятся ведущими жалобами больных с ГТР, что объясняет принятые ранее термины «вегетативная дистония», «нейроциркуляторная дистония». Ранее ГТР большинством экспертов рассматривалось как мягкое расстройство, которое достигает клинической значимости только в случае коморбидности с депрессией. Но увеличение фактов, свидетельствующих о нарушении социальной и профессиональной адаптации больных с ГТР, заставляет более серьезно относиться к этому заболеванию.

**Паническое расстройство (ПР)** – крайне распространенное, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте. Распространенность ПР, по данным эпидемиологических исследований, составляет 1,9–3,6% [7]. ПР в 2–3 раза чаще наблюдается у женщин. Основным проявлением ПР являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки). **Паническая атака (ПА)** представляет собой необъяснимый мучительный для больного приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами. В отечественной литературе долгое время использовался термин – «вегетативный криз», отражающий представления о первичности дисфункции вегетативной нервной системы.

Диагностика панической атаки основывается на определенных клинических критериях. Паническая атака характеризуется пароксизмальным страхом



(часто сопровождающимся чувством неминуемой гибели) или тревогой и/или ощущением внутреннего напряжения в сочетании с 4 или более из списка паникоассоциированных симптомов:

1. Пульсация, сильное сердцебиение, учащенный пульс
2. Потливость
3. Озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи
4. Ощущение нехватки воздуха, одышка
5. Затруднение дыхания, удушье
6. Боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки
7. Тошнота или абдоминальный дискомфорт
8. Ощущение головокружения, неустойчивость, легкость в голове или предобморочное состояние
9. Ощущение дереализации, деперсонализации
10. Страх сойти с ума или совершить неосознанный поступок
11. Страх смерти
12. Ощущение онемения или покалывания (парестезии) в конечностях
13. Ощущение прохождения по телу волн жара или холода

Интенсивность основного критерия ПА – пароксизмальной тревоги – может варьировать в широких пределах: от выраженного аффекта паники до ощущения внутреннего напряжения. В последнем случае, когда на первый план выступает вегетативная составляющая, говорят о «нестраховой» ПА или о «панике без паники». Атаки, обедненные эмоциональными проявлениями, чаще встречаются в терапевтической и неврологической практике. Паникоассоциированные симптомы развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 минут. Послеприступный период характеризуется общей слабостью, разбитостью.

ПР имеет особый стереотип становления и развития симптоматики. Первые атаки оставляют неизгладимый след в памяти больного, что ведет к появлению синдрома тревоги «ожидания» приступа, который в свою очередь закрепляет повторяемость атак. Повторение атак в сходных ситуациях (в транспорте, пребывании в толпе и т.д.) способствует формированию ограничительного поведения, т.е. избегания потенциально опасных для развития ПА мест и ситуаций. Трактовка пациентом ПА как проявления какого-либо соматического заболевания приводит к частым посещениям врача, консультациям у специалистов различного профиля, неоправданным диагностическим исследованиям и создает у пациента впечатление о сложности и уникальности его заболевания. Неверные представления пациента о сути заболевания ведут к появлению ипохондрических симптомов, способствующих утяжелению течения болезни.

Коморбидность ПР психопатологическим синдромам имеет тенденцию нарастать по мере длительности заболевания. Лидирующее положение по коморбидности с ПР занимают агорафобия, депрессия, генерализованная тревога. Многими исследователями доказано, что при сочетании ПР и ГТР оба заболевания проявляются в более тяжелой форме, взаимно отягощают прогноз и снижают вероятность ремиссии.

Тревожное расстройство у пациентов с коморбидным неврологическим или соматическим заболеванием может проявляться различными симптомами, которые описаны при первичной патологической тревоге. Тревога особенно часто ассоциирована со следующими хроническими неврологическими заболеваниями: эпилепсия, инсульт, рассеянный склероз, хронические болевые синдромы, мигрень, болезнь Паркинсона и другие дегенеративные заболевания. Необходимость дифференцировать многие соматические симптомы тревоги от симптомов соматического или неврологического заболевания в некоторых случаях становится значительной проблемой. Тревожные симптомы могут быть ошибочно расценены как признаки неврологического заболевания, что часто влечет за собой необоснованную терапию.

Клиническая манифестация тревожных симптомов часто не удовлетворяет критериям очерченного тревожного расстройства и представляет собой рекуррентную группу симптомов с меньшей длительностью и выраженностью, чем это требуется для синдромальной классификации. Эти субсиндромально выраженные тревожные нарушения наиболее трудны для диагностики, часто остаются нелечеными, при этом оказывая крайне негативное влияние на качество жизни пациента и окружающих его лиц. Часто субсиндромальное тревожное расстройство является фактором риска развития тяжелой депрессии. Коморбидное тревожное расстройство независимо от степени выраженности оказывает существенное негативное влияние на течение основного (неврологического) заболевания. Например, тревога может привести к учащению эпилептических припадков или срыву лекарственной ремиссии, удлинить период реабилитации у пациентов, перенесших инсульт. Мягкие тревожные расстройства соответствуют синдромальным по продолжительности, но включают меньшее количество (от 2 до 4) тревожных симптомов или более четырех симптомов, незначительная выраженность (тяжесть) которых не удовлетворяет полностью диагностическим критериям. Изучение качества жизни пациентов, страдающих субсиндромальной или мягкой тревогой, показало, что по параметрам профессиональной и социальной активности сни-

жение качества жизни у них сопоставимо с пациентами, имеющими развернутое тревожное расстройство, и значительно хуже, чем у лиц, имеющих хроническое заболевание, не осложненное психопатологическими синдромами [9].

Эпидемиологические исследования показывают, что у пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями, имеется высокое превалирование сочетания симптомов тревоги или тревожных расстройств с депрессией. Например, эпидемиологическое исследование «RAPSODY» показало, что среди пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами, у 14% имелось только тревожное расстройство, у 17% – только депрессивное расстройство, а у 36% – сочетание тревоги и депрессии [10]. Среди пациентов, страдающих эпилепсией и имеющих депрессию, 73% имели конкурирующее тревожное расстройство [8]. Сочетание тревоги и депрессии взаимно утяжеляет течение каждого синдрома и собственно неврологического заболевания, а именно:

- повышает риск госпитализаций;
- ассоциировано с хроническим течением депрессии;
- является индикатором тяжести депрессии;
- является предиктором негативного ответа на антидепрессивную терапию.

Тревожные расстройства диагностируются лишь у 50% пациентов с очевидными симптомами [12]. Меньше чем 50% пациентов получают какое-либо лечение, и меньше 30% – адекватную терапию. Мягкие и субпороговые тревожные расстройства часто вообще не рассматриваются как мишень для лечения. Вероятность лечения повышается по мере утяжеления симптоматики (табл. 5).

В то же время неадекватное лечение депрессии может спровоцировать появление тревоги как симптома частично леченной депрессии. Тревожное расстройство, являющееся остаточным проявлением леченой депрессии, большинством экспертов рассматривается как индикатор повышенного риска рекуррентной депрессии.

### Диагностика тревоги

Диагностика тревоги у неврологических больных, прежде всего связана с исключением соматического заболевания или определением его удельного веса в генезе предъявляемых жалоб и выявлением облигатной полисистемности. Учитывая, что наиболее часто в неврологической и терапевтической практике встречается и тяжелее всего протекает генерализованная тревога, была разработана ее экспресс-оценка. Она включает два вопроса:

1. Чувствовали ли Вы большую часть времени за последние 4 недели беспокойство, напряжение или тревогу?

2. Часто ли у Вас бывает ощущение напряженности, раздраженности и нарушения сна?

Если хотя бы на один из этих вопросов был получен утвердительный ответ, необходимо проводить углубленный респрос пациента для активного выявления симптомов генерализованной тревоги с последующим адекватным лечением.

Дополнительное диагностирование тревоги, безусловно, влияет на выбор терапии смешанного тревожно-депрессивного синдрома. Однако вычленение тревожных и депрессивных симптомов по большей части оказывается весьма сложной задачей, поскольку многие симптомы не обладают специфичностью (табл. 2).

**Таблица 2. Неспецифичность симптомов тревоги и депрессии**

Депрессивные симптомы	Общие симптомы	Тревожные симптомы
<ul style="list-style-type: none"> <li>• депрессивное настроение, ангедония</li> <li>• потеря интересов</li> <li>• психомоторная заторможенность</li> <li>• постоянные размышления о прошлом</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• возбудимость, мрачные предчувствия</li> <li>• негативные размышления</li> <li>• социальная дезадаптация</li> <li>• агитация</li> <li>• инсомния</li> <li>• снижение концентрации</li> <li>• хроническая боль</li> <li>• гастроинтестинальные жалобы</li> <li>• усталость</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• беспокойство о будущем</li> <li>• избыточная настороженность</li> <li>• агорафобия</li> </ul>

Не только общие симптомы, но и некоторые общие психобиологические звенья патогенеза позволяют говорить о некоем континууме тревога-депрессия. Патогенное влияние тревоги и депрессии на течение и прогноз соматического (неврологического) заболевания также реализуется по общим механизмам, которые условно разделяют на психологические и биологические. К наиболее важным психологическим механизмам относят ухудшение соблюдения режима терапии основного заболевания, нарушение альянса «врач-пациент» (тревога и депрессия снижают коммуникативные возможности), склонность к злоупотреблению алкоголем и табакокурению. Биологическое влияние тревоги и депрессии на соматическое заболевание осуществляется через активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, приводящей к повышению уровня кортизола, и гиперактивацию симпатно-адреналовой системы, приводящей к дис-



балансу симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

**Многие лекарственные препараты и другие химические субстанции могут стать причиной тревожных симптомов.** Чрезмерное употребление кофеина или резкое прекращение его употребления вызывает значимые тревожные симптомы [7]. Различные рецепторные медикаменты вызывают манифестацию тревоги, что трактуется как побочный эффект препарата. Способностью вызывать тревогу обладают: адренергические агонисты, бронходилататоры, кортикостероиды, препараты, влияющие на функцию щитовидной железы, антигипертензивные препараты, кардиоваскулярные препараты, особенно дериваты дегиталиса. Психотропные препараты, такие как нейролептики и реже селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, могут быть причиной акатии, которая ассоциирована с тревогой. Все антидепрессанты при длительном использовании демонстрируют противотревожный эффект. Однако в инициальном периоде лечения все антидепрессанты без исключения могут индуцировать тревогу, что во многих случаях является причиной отказа пациента от терапии. Комбинация антидепрессанта с противотревожным препаратом на инициальный период лечения делает терапию в целом более успешной.

### Лечение тревоги

Несмотря на облигатность вегетативной дисфункции и часто маскированный характер эмоциональных расстройств, базовым методом лечения тревоги является психофармакологическое лечение. Терапевтическую стратегию необходимо выстраивать в зависимости от типа доминирующего расстройства и степени его выраженности. Выбор препарата зависит от степени выраженности уровня тревоги и длительности заболевания. При кратковременных субсиндромальном или мягком тревожном расстройстве используются растительные успокаивающие сборы или препараты на их основе, антигистаминные препараты (гидроксизин). Валериана на протяжении многих лет используется в традиционной медицине благодаря гипнотическому и седативному эффектам и до настоящего времени остается высоко востребованным лекарством. Хорошо зарекомендовали себя препараты, содержащие валериану и дополнительные фитодобавки, усиливающие анксиолитический эффект валерианы, например препараты содержащие, помимо валерианы, экстракт мелиссы и мяты, что усиливает анксиолитический эффект валерианы и добавляет спазмолитическое действие. Однако, данный тип препаратов имеет ряд нежелательных эффектов, к которым относятся привыкание, сонли-

вость в дневное время и, самое главное, отсутствие патогенетически обусловленного противотревожного действия.

Высокая противотревожная активность транквилизаторов бензодиазепинового ряда основана на их механизме действия. Большинство этих средств формируют необратимую связь своих молекул с ГАМК-бензодиазепиновыми рецепторами, что выражается в подавлении или существенном снижении выраженности беспокойства, тревоги, страха и эмоциональной напряженности. Однако из-за жесткого влияния на мембрано-рецепторный комплекс бензодиазепины вызывают выраженные побочные эффекты, связанные с избыточным торможением проведения нервных импульсов. Большинство препаратов из этой группы нередко вызывают излишнюю седацию, миорелаксацию и не могут применяться более 2-4 недель из-за опасности развития лекарственной зависимости [5]. При длительном приеме бензодиазепинов, помимо риска зависимости, возможны и другие существенные побочные эффекты: депрессогенное действие стойкое нарушение когнитивных функций, в частности внимания, концентрации, памяти; повышение риска падений (особенно у лиц пожилого и старческого возраста); атаксия; влияние на вождение автомобиля; парадоксальные реакции – возбуждение, эйфория и другие признаки «поведенческой токсичности»; синдром отмены в виде дисфории, резкого усиления тревоги, повышения симпатического тонуса и, в тяжелых случаях, судороги и делирий.

В клинической практике все большую популярность в терапии тревожных расстройств завоевывают препараты из группы неспецифических анксиолитиков, которые наряду со своими основными свойствами оказывают и противотревожное влияние. Применение подобных средств также соответствует принципам долгосрочной терапии тревоги, к этой группе препаратов в первую очередь относятся антидепрессанты (трициклические, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, а также антидепрессанты двойного действия – селективные ингибиторы захвата серотонина и норадреналина), которые особенно эффективны при сочетании тревожной симптоматики с депрессивной [6,11]. Единственным, но существенным недостатком этих средств является отсроченный по времени терапевтический эффект, который наступает не ранее, чем через две недели приема адекватной дозы антидепрессанта. Поэтому в практической деятельности в первые 2–3 недели терапию подобного рода препаратами сочетают с коротким курсом транквилизаторов.

Следует отметить, что на сегодняшний день в Украине и мире психопатология широко распро-

странена не только среди пациентов психиатрической, но и общетерапевтической практики. Многие соматические заболевания сопровождаются тревогой. Нередко сопутствующая психопатология видоизменяет симптомы соматического заболевания, что определяет сложности ведения таких пациентов. Стоит помнить о том, что манифестация тревожного или тревожно-депрессивного расстройства может проходить в виде соматических проявлений, что требует тщательного обследования пациента. Неадекватная терапия таких пациентов с приме-

нием неэффективных симптоматических средств способствует хронизации и утяжелению психического расстройства и его соматических проявлений. Поэтому препараты с анксиолитической активностью должны занимать важное место в патогенетической терапии.

**Список литературы находится в редакции.**

**Получено 20.04.2016**

## **Особливості психо вегетативних порушень при хронічному больовому синдромі**

*Романенко В.І.<sup>1</sup>, Романенко І.В.<sup>2</sup>, Романенко І.Ю.<sup>2</sup>*

*1 Національний медичний університет ім. А. А. Богомольця, Київ, Україна*

*2 ДЗ «Луганський державний медичний університет», Рубіжне, Україна*

**Резюме.** У статті наводяться дані, які пояснюють важливість проблеми гострого і хронічного болю для пацієнта та суспільства в цілому, описуються найбільш часті коморбідні прояви при хронічному больовому синдромі. Особливо увага приділяється

питанням класифікації, діагностики та лікування тревожно-депресивних розладів, що супроводжують хронічні больові синдроми.

**Ключові слова:** біль, хронічний біль, тривога, депресія.

## **Peculiarities of psychovegetative disorders in chronic pain syndromes**

*Romanenko V.I.<sup>1</sup>, Romanenko I.V.<sup>2</sup>, Romanenko I.Yu.<sup>2</sup>*

*1 – Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine*

*2 – State Institution «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine*

**Summary.** The article presents data on importance of acute and chronic pain for the patient and society in a whole. It describes the most common comorbid displays seen in chronic pain syndromes. Special

attention is paid to questions of classification, diagnosis and treatment of anxiety and depression that accompany chronic pain syndromes very often.

**Key words:** pain, chronic pain, anxiety, depression.

