

УДК 616.036

Н.И. РАСПОПОВА¹, М.В. ВИХНОВСКАЯ²¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан²Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, г. Алматы, Республика Казахстан

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ



Распопова Н.И.

Согласно современным исследованиям установлена тесная взаимосвязь хронической боли и депрессии, обусловленная единым нейромедиаторным механизмом их возникновения. Депрессия у больных с хроническими болевыми расстройствами, как правило, протекает атипично, со стертыми собственно депрессивными симптомами, что затрудняет её своевременную диагностику и лечение.

Цель исследования – изучение терапевтической эффективности современного антидепрессанта Дулоксетина (Дюзела) при лечении соматизированных и соматоформных психических расстройств с хроническим болевым синдромом в форме кардиоалгий.

Материал и методы. Проведено наблюдение 30 больных с хроническими кардиоалгиями, у которых в период пребывания в кардиологическом стационаре были выявлены соматизированные и соматоформные расстройства.

Основной метод исследования – клиничко-психопатологический с использованием психометрических шкал оценки выраженности депрессии (шкала Гамильтона HDRS) и оценки выраженности болевой симптоматики (McGillPainQuestionnaire).

Результаты и обсуждение. Анализ клинических наблюдений показал, что Дулоксетин (Дюзела), ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина, является эффективным и хорошо переносимым препаратом для лечения как соматизированных депрессивных и соматоформных расстройств, так и хронических болевых синдромов.

Вывод. Ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина – Дулоксетин (Дюзела) обеспечивает новый патогенетически обоснованный подход к терапии хронических болевых синдромов с позиции комплексного регулирования нейромедиаторного обмена, что позволяет рекомендовать его широкое использование в общей медицинской практике.

Ключевые слова: боль, депрессия, соматоформные расстройства, антидепрессанты.

Для ссылки: Распопова Н.И., Вихновская М.В. Новые аспекты патогенетической терапии хронических болевых синдромов // Журн. Медицина. – 2015. – №2 (152). – С. 76-80

Изучение хронических болевых синдромов давно является моделью междисциплинарного подхода к исследованию болезненных расстройств. Не вызывают сомнений полученные в результате многочисленных исследований данные о том, что хроническая боль приводит не только к снижению трудоспособности, но и к существенному нарушению социальной адаптации, что влечет за собой материальные, социальные и нравственные потери для общества [1].

Факт, что хронические болевые синдромы могут способствовать возникновению различных психопатологических состояний и оказывают существенное влияние на личность больного, давно установлен [2], так же как и данные о том, что некоторые психопатологические состояния протекают с расстройствами, клиническим выражением которых является хроническая боль. Установлено, что у 20-70% больных с хроническими болями при соответствующих обследованиях не обнаруживаются органические причины боли, что указывает на психопато-

логическое происхождение алгий [3]. В этом отношении Дж. Мюррей [4] высказывает мнение о том, что, вероятно, существует определенный континуум болевых синдромов с различной степенью вовлечения психогенных и соматогенных (неврогенных) механизмов. Крайние полюса этого континуума занимают болевые синдромы, механизм возникновения которых, с одной стороны, связан с определенной соматоневрологической патологией, а с другой – с определенным психическим расстройством.

Согласно современным исследованиям установлена тесная взаимосвязь хронической боли и депрессии. В литературе приводятся данные о наличии депрессивных расстройств у 50-65% больных с хроническим болевым синдромом [5, 6]. Депрессия у больных с хроническими болевыми расстройствами, как правило, протекает атипично, со стертыми собственно депрессивными симптомами и преобладанием жалоб на чувство усталости и хроническую боль. Своевременное выявление депрессии у больных с хронической болью является непростой задачей для

Контакты: Распопова Наталья Ивановна, доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 701 463 38 12. E-mail: pea83@list.ru

Contact: Natalia Ivanovna Raspopova, a Doctor of Medical Science, associate professor, the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction Medicine, KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Tel. +7 701 463 38 12. E-mail: pea83@list.ru

врачей-интернистов. Иногда больные умышленно скрывают депрессивные симптомы или считают их проявлениями боли, так как боль является социально более приемлемым заболеванием [7].

В то же время установлено, что не менее 76% пациентов с диагнозом депрессии жалуются на различные типы болей. В посвященной этому вопросу литературе в качестве алгических масок депрессии описывают кардиалгии [8] – ноющие или щемящие боли в верхушечной или прекардиальной области, слабой или умеренной интенсивности, длительностью до нескольких часов, часто сопровождающиеся ощущениями «проколов» той же локализации, а также жжение в прекардиальной или парастеральной области, сопровождающееся гипералгией межреберных промежутков. Страх, сопровождающий острый приступ боли, сменяется подавленностью, ипохондрией, сосредоточенностью на своих ощущениях, нарушением сна, потерей интереса к социальному функционированию. Боль становится доминирующим переживанием в жизни человека [9]. Лечение этого контингента больных у врачей общесоматической сети, которые применяют симптоматические обезболивающие средства, не влияющие на базисную симптоматику, может способствовать затяжному течению указанных состояний и развитию хронического болевого синдрома.

Боль и депрессия – это два взаимосвязанных компонента, определяющие не только субъективную тяжесть страдания больного, но и объективную оценку его состояния. Данная взаимосвязь имеет патофизиологическую обусловленность. На разных уровнях формирования болевого синдрома в его образовании принимают участие различные нейромедиаторы, действие которых является объектом фармакотерапевтического воздействия, что определяет актуальность проведенного исследования.

Цель исследования – изучение терапевтической эффективности современного антидепрессанта Дулоксетина (Дюзела) при лечении соматизированных и соматоформных психических расстройств с хроническим болевым синдромом в форме кардиалгий.

Материал и методы

Материалом исследования явились результаты клинических наблюдений 30 больных, находившихся на обследовании и лечении в кардиологическом стационаре. В исследование были включены 19 женщин и 11 мужчин в возрасте от 24 до 63 лет.

В выборку включались больные со стабильными соматическими показателями и стабильными дозами соматотропной терапии, установленными как минимум за 2 недели до включения пациента в исследование. Из исследования исключались больные с тяжелой печеночной и/или почечной недостаточностью, закрытоугольной глаукомой и другими тяжелыми или нестабильными соматическими состояниями, требующими коррекции соматотропной терапии и/или определяющими высокий, по оценке специалистов, риск обострения соматической патологии в период исследования (включая неконтролируемую гипертензию).

Приведенные в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что далеко не у всех пациентов, обратившихся с жалобами на боли и другие неприятные ощущения в области сердца,

Таблица 1 – Распределение пациентов по коморбидной соматической патологии (n=30)

Диагноз соматического заболевания	Число больных	
	абс.	%
Ишемическая болезнь сердца, стенокардия	15	50
Гипертоническая болезнь I, II стадии	5	16,7
Аритмии	3	10
Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы при обследовании не выявлено	7	23,3
Итого	30	100

при клиническом обследовании в специализированном стационаре была выявлена патология со стороны сердечно-сосудистой системы. Отсутствие объективных признаков соматической патологии у 23,3% процентов включенных в исследование пациентов, при наличии у них упорных жалоб на хронические боли в области сердца, как правило, и являлось поводом для назначения консультации психиатра.

Выбор препарата Дулоксетин (Дюзела) для терапии больных с хроническим болевым синдромом в форме кардиалгий проводился с учетом современных требований доказательной медицины, свидетельствующих о его достаточной эффективности и безопасности. Антидепрессанты из новой группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), к которым относится Дулоксетин (Дюзела) в отличие от широко ранее применявшихся трициклических антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин), не влияют на постсинаптические $\alpha 1$ -адренорецепторы, М-холинергические и Н1-гистаминовые рецепторы, в связи с чем не вызывают присущих для ТЦА побочных эффектов. Соотношение воздействия Дулоксетина на обратный захват серотонина и норадреналина сбалансировано. Это обеспечивает высокую эффективность препарата в стартовых дозах. Дулоксетин в дозе 60 мг в сутки оказывает значительный терапевтический эффект на симптомы депрессии, который проявляется уже к концу 2-й недели приема препарата, что доказано плацебо-контролируемыми исследованиями, проведенными S.K. Brannan et al. [10]. Широта терапевтического действия Дулоксетина позволяет купировать не только аффективные, включая тревогу, но и соматические болевые симптомы депрессии. Преимуществом данного препарата является его влияние на центральные механизмы подавления болевого синдрома за счет повышения порога болевой чувствительности, что позволяет использовать данный препарат при хронических болевых синдромах в общей клинической практике [11].

Обследованным пациентам Дулоксетин назначался в дозах от 30 до 120 мг/сут. Его суточное количество постепенно и индивидуально титровалось до клинически эффективного (средняя доза 60 мг/сут). Препарат принимался 1-2 раза в сутки. Все больные продолжали получать соматотропную терапию (гипотензивную, антиаритмическую, препараты ацетилсалициловой кислоты, пролонгированные нитраты, антагонисты кальция и др.),

использование каких-либо других психотропных препаратов полностью исключалось. Минимальные дозы (30 мг/сут.) назначались пациентам, получавшим пероральные антикоагулянтные или антиагрегантные средства, с учетом данных инструкции по применению Дулоксетина (Дюзела), свидетельствующих об осторожности при одновременном назначении этих препаратов и возможном увеличении риска возникновения кровотечения.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический с использованием психометрических шкал оценки выраженности депрессии (шкала Гамильтона HDRS) и оценки выраженности болевой симптоматики, которая определялась с помощью опросника Боли МакГилла (MPQ) (McGillPainQuestionnaire), позволявшего определять сенсорные, аффективно-эмоциональные и другие аспекты болевого состояния пациента в диапазоне от 0 до 3 и интенсивность боли по 5-балльной шкале. Динамика состояния регистрировалась в ходе 5 визитов в течение 4-недельной терапии. Критерием эффективности являлось снижение на 50% и более от исходных значений среднего балла по шкале HDRS и выраженности болевого синдрома по MPQ.

Результаты

При клинико-психопатологическом обследовании у всех включенных в исследование пациентов кардиологического стационара были выявлены признаки соматизированных и соматоформных психических расстройств, клинические формы которых представлены в таблице 2.

Приведенные в таблице 2 данные показывают, что среди включенных в исследование пациентов признаки депрессивных расстройств, соответствующих критериям рубрики МКБ-10 «Аффективные расстройства настроения», встречались относительно редко и составили 10%. Они характеризовались преимущественно легкой и средней степенью тяжести. Эти расстройства определялись общими диагностическими критериями соответствующих рубрик МКБ-10, предусматривающих стойкое (не менее 2 недель) снижение настроения или утрату интереса и удовольствия от любых видов деятельности, изменение в повседневной жизни в виде снижения работоспособности и социальной дезадаптации с нарушениями в соматической сфере в форме хронических кардиоалгий. Депрессивные состояния у этих больных по клиническим проявлениям имели некоторые особенности: маскированный (соматизированный) характер депрессивных расстройств; анозогнозия депрессивного расстройства, проявлявшаяся в том, что больные, даже отмечая подавленное настроение, не расценивали это как психическое расстройство, а связывали свое состояние с обострением соматического заболевания или социальными проблемами; гипергнозия соматической патологии, проявляющаяся в высокой субъективной значи-

Таблица 2 – Распределение включенных в исследование больных по рубрикам МКБ-10

Рубрика МКБ-10	Число больных	
	абс.	%
Депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести в форме соматизированной депрессии (F32.0, F32.1)	3	10
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	3	10
Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21)	4	13,3
Соматизированное расстройство (F45.0)	3	10
Соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (F45.30)	7	23,4
Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4)	10	33,3
Итого	30	100

мости переживаний, связанных с соматическим (телесным) неблагополучием; депрессивный фон настроения не имел выраженных суточных колебаний, но был тесно связан с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами; полиморфизм проявлений, сочетание подавленного настроения с тревогой, астенией, сверхценными идеями ипохондрического содержания, социофобиями.

Большинство (27 больных – 90%) пациентов с хроническими кардиоалгиями составили больные, психические расстройства которых можно было квалифицировать в рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». В данную диагностическую группу были объединены расстройства, в генезе которых преобладающее значение имели психотравмирующие ситуации. Среди стрессовых факторов у обследованных пациентов особое место занимали психотравмирующие моменты, связанные с установлением диагноза соматического заболевания (нозогении): страх перед различными видами обследования, опасения по поводу возможно неблагоприятного, опасного для жизни прогноза выявленного заболевания, страх утраты трудоспособности, социального престижа и др. Эти переживания вызывали у больных психологически понятное чувство тревоги и подавленное настроение. Формированию клинических признаков депрессивного расстройства способствовали преморбидные тревожно-мнительные и дистимические черты характера, дополнительные социально-стрессовые факторы, снижающие адаптивные возможности пациента (неблагоприятные жилищные и материально-бытовые условия, конфликтные взаимоотношения с родственниками, переживание разлуки с близкими, одиночество и др.).

Клиническая картина депрессии в группе обследованных пациентов формировалась в соответствии с симптомами основного соматического заболевания, как бы повторяя жалобы, ощущения больных, их представления о внешних проявлениях соматического заболевания, по поводу которого они наблюдались у терапевта. При этом симптомы соматической патологии утяжелялись симптомами депрессии, что проявлялось в характерных клинических признаках: несоответствии субъективно тяжелого состояния пациента объективно выявляемой соматической патологии, малая эффективность от патогенетической терапии основного соматического заболевания. Результаты наблюдений в ходе

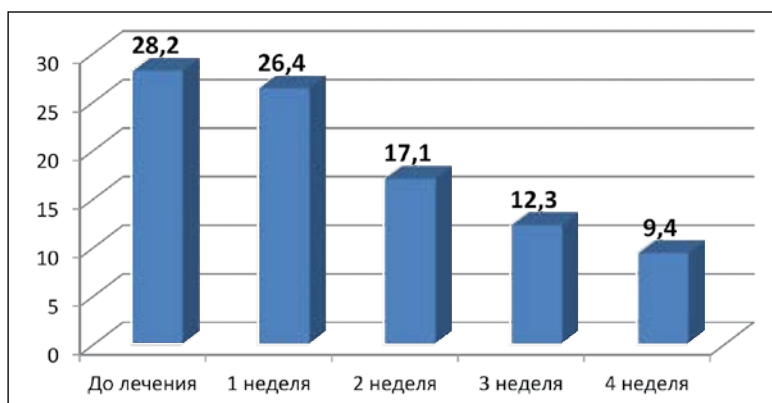


Рисунок 1 – Динамика средних суммарных баллов по шкале депрессии Гамильтона HDRS в течение 4 недель терапии Дулоксетином (Дюзелой)

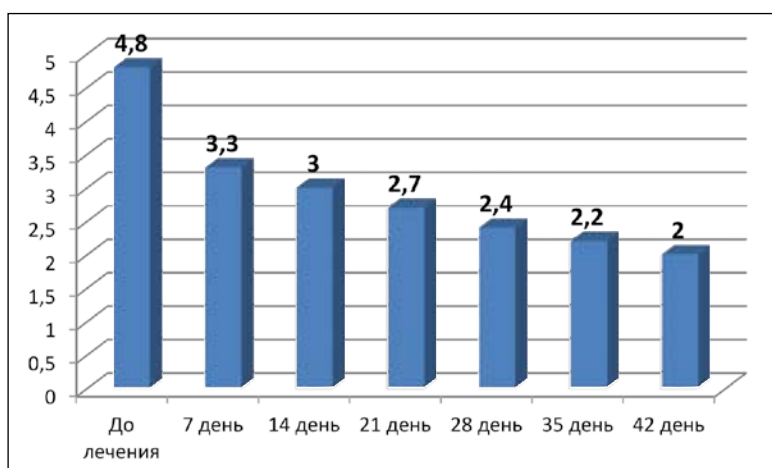


Рисунок 2 – Динамика средних суммарных баллов по шкале выраженности болевого синдрома MPQ в течение 42 дней терапии Дулоксетином (Дюзелой)

проводимой терапии препаратом Дулоксетин (Дюзела) продемонстрированы на рисунках 1 и 2.

Из 30 больных, включенных в исследование, полностью завершили курс терапии 27 пациентов (90%), что может свидетельствовать о безопасности и хорошей переносимости данного препарата. К моменту завершения исследования у 20 (74,1%) пациентов наблюдалось снижение баллов по шкале HDRS более чем на 50% от исходного показателя, что объективно доказывает достаточно высокую тимоаналептическую эффективность применения Дулоксетина (Дюзелы). У значительной части пациентов (22 пациента – 81,5%) к концу 4-й недели терапии снизились показатели интенсивности и продолжительности боли по шкале MPQ в среднем на 50%, а дальнейшее их наблюдение в течение последующих 4 недель с продолжающимся приемом Дулоксетина (Дюзелы) в средней дозировке 60 мг/сут. показало не только стабильность достигнутого антиноцицептивного эффекта, но и дальнейшее уменьшение хронических болей, хотя и с меньшей интенсивностью снижения этих показателей.

Обсуждение

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о том, что за 4-недельный курс терапии Дулоксетином (Дю-

зелой) средний суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона HDRS снизился с 28,2 до 9,4, т.е. на 66,7%, а средний суммарный балл по шкале выраженности болевого синдрома MPQ за тот же период снизился с 4,8 до 2,4, т.е. на 50%. Несмотря на то, что собственно антидепрессивный эффект Дулоксетина (Дюзелы) в отношении данной выборки больных оказался более выраженным, чем противоболевой, следует отметить, что наступление противоболевого эффекта опережало тимоаналептический. Так к концу первой недели терапии снижение среднего суммарного балла по шкале депрессии HDRS составило лишь 6,4%, а по шкале выраженности болевого синдрома MPQ – 31,3%. В данном случае подобный быстрый положительный противоболевой эффект все же частично мог быть связан с плацебо-эффектом. Многие исследователи отмечают, что особенностью лечения хронических болевых синдромов является высокая плацебо-чувствительность, превышающая обычно наблюдающиеся показатели [19, 20]. Нежелательные явления в форме тошноты и головокружений при приеме Дулоксетина (Дюзелы) отмечались у 5 пациентов (16,7%), они появлялись преимущественно в течение 1-й недели терапии и обычно купировались к концу 2-й недели при снижении дозы препарата, что позволяло продолжить курс лечения.

Выводы

Таким образом, приведенный выше анализ клинических наблюдений и многочисленных международных исследований убедительно свидетельствует о том, что Дулоксетин (Дюзела), ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина, явля-

ется эффективным и хорошо переносимым препаратом для лечения как соматизированных депрессивных и соматоформных расстройств, так и хронических болевых синдромов. Дулоксетин (Дюзела), разрывая замкнутый порочный круг взаимного неблагоприятного влияния депрессий на болевые ощущения и болей на клинику и течение депрессий, обеспечивает новый патогенетически обоснованный подход к терапии хронических болевых синдромов с позиции комплексного регулирования нейромедиаторного обмена, превосходя по своей эффективности другие современные антидепрессанты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Bonica J.J. Definitions and taxonomy of pain // The Management of Pain / Eds. J.J. Bonica et al. 2-nd Ed. – Philadelphia, 1990. – Vol. 1. – P. 18
- 2 Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов – СПб.: Мед. информ. агентство, 1995. – С. 490-501
- 3 Merskey H. Bogduk N. Classification of chronic pain. – Seattle: International Association for the Study of Pain Press, 1994. – С. 210

4 Мюррей Дж. Психические расстройства / Под ред. М. Самуэляса // Неврология – 1997. – С. 276-292

5 Flor H., Turk D.C. Sholtz O.B. Impact of chronic pain on the spouse marital emotional, and physical consequences // J. Psychosom. Res. – 1987. – Vol. 31. – P. 63-71

6 Tyrer S.P. Psychiatric assessment of chronic pain // Brit. J. Psychiatr. – 1992. – Vol. 160. – P. 733-741

7 Gallagher R.M., Verma S. Managing pain and comorbid depression: a public health challenge // Semin. Clin. Neuropsychiatry. – 1999. Jul. – Vol. 4(3). – P. 201-20

8 Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. – М.: Трида-Х, 2001. – 420 с.

9 Чахава К.О., Ершова Е.М. Депрессия у больных с хроническими болевыми синдромами (диагностика и терапия) / Пособие для врачей. – М., 2006. – С. 16

10 Kasper S, Hajak G, Wulff K, et al. Efficacy of the novel antidepressant agomelatine on the circadian and anxiety symptoms in patients with major depressive disorder: a randomized, doubleblind comparison with sertraline // J Clin Psychiatry. – 2010. – Vol. 71 – P. 109-120

11 Goldstein D. J., Lu Y., Detke M.J., Lee T.C., Iyengar S. Duloxetine vs. placebo in patients with painful diabetic neuropathy // Pain. – 2005. – №116. – P. 109–118

12 Лапин И.П. Плацебо и терапия. – СПб.: «Лань», 2000. – 224 с.

13 Verdugo R., Ochoa J.L. Placebo response in chronic, causaliform, neuropathic pain patients // Pain Rev. –1994. – N1. – С. 33-46

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.И. РАСПОПОВА¹, М.В. ВИХНОВСКАЯ²

¹С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

²Республикалық ғылыми-тәжірибелік психиатрия, психотерапия және наркология орталығы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

СОЗЫЛМАЛЫ АУРУ СИНДРОМЫН ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА АСПЕКТИЛЕРІ

Өзектігі. Қазіргі заманғы зерттеулерге сәйкес созылмалы ауру мен күйзелістің тығыз өзара байланысы анықталды, бұл олардың бірыңғай нейромедиаторлы туындау механизмімен шартталған. Созылмалы ауру бұзылысына шалдыққан науқастардың күйзелісі, әдетте, атипикалық, өшірілген депрессивті белгілермен өтеді, бұл оның уақытында анықталуын және емделуін күрделендіреді.

Зерттеу мақсаты. Кардиоалгия үлгісіндегі созылмалы ауру синдромымен соматизацияланған және соматоформалық психикалық бұзылысты емдеу кезінде қазіргі заманғы күйзеліске қарсы дәрі Дулоксетиннің (Дюзела) емдік тиімділігін зерттеу.

Материал және әдістері. Кардиологиялық стационарда болған кезде соматизацияланған және соматоформалық бұзылыстар анықталған, созылмалы кардиоалгиямен ауыратын 30 науқасқа бақылау жүргізілді.

Негізгі зерттеу әдісі. Күйзелістің белгісін бағалаудың және ауру белгісінің байқалуын бақылаудың (McGillPainQuestionnaire)

психометриялық шкалаларын пайдалана отырып емханалық психопатологиялық (Гамильтон шкаласы HDRS) зерттеу әдісі.

Нәтижелер және талқылауы. Емханалық бақылаудың талдауы көрсеткендей, серотонин мен норадреналинді кері тартатын ингибитор Дулоксетин (Дюзела) соматизацияланған депрессивті және соматоформалық бұзылыстарды, сонымен қатар созылмалы ауру синдромдарын емдеуге арналған тиімді әрі жақсы төзетін дәрі-дәрмек болып табылады.

Қорытынды. Серотонин мен норадреналинді кері тартатын ингибитор – Дулоксетин (Дюзела) нейромедиаторлы алмасуды кешенді реттеу тұрғысынан созылмалы ауру синдромдарын емдеудің жаңа патогенетикалық негізделген жолын қамтамасыз етеді, бұл жалпы медициналық тәжірибеле кеңінен пайдаланылуын ұсыну мүмкіндігін береді.

Негізгі сөздер: ауру, күйзеліс, соматоформалық бұзылыстар, күйзеліске қарсы дәрілер.

S U M M A R Y

N.I. RASPOPOVA¹, M.V. VIHNOVSKAYA²

¹The Kazakh National Medical University

n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c., the Republic of Kazakhstan

²The Republican Scientific and Practical Centre for Psychiatry, Psychotherapy and Addiction Medicine, Almaty c., the Republic of Kazakhstan

NEW ASPECTS OF PATHOGENETIC THERAPY OF CHRONIC PAIN SYNDROMES

Timeliness. According to current investigations, a close relationship of chronic pain and depression caused by a single neurotransmitter mechanism of their occurrence is determined. The depression in patients with chronic pain disorders is usually atypical, with erased actually depressive symptoms and this makes difficulties for its diagnosis and treatment on time.

The aim of the study was to investigate the therapeutic efficacy of the modern antidepressant “Duloxetine (Duzela)” in the treatment of somatization and somatoform mental disorders with chronic pain syndrome in the form of cardialgia.

Material and methods. Thirty patients with chronic cardialgia in whom somatization and somatoform disorders were found during their stay in the cardiologic inpatient department, were observed.

The main method of the investigation. The clinico-psychopathological method using psychometric scales to assess the severity of depression (the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)) and to assess the severity of pain symptoms (the McGill Pain Questionnaire).

Results and discussion. The analysis of the clinical observations showed that Duloxetine (Duzela), the serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor is an effective and well-tolerated drug for the treatment of somatization depressive and somatoform disorders, as well as chronic pain syndromes.

Conclusion. The serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor – Duloxetine (Duzela) provides a new pathogenetically grounded approach to the treatment of chronic pain syndromes from the position of the integral control of neurotransmitter metabolism, which allows recommending its widespread use in the general medical practice.

Key words: pain, depression, somatoform disorders, antidepressants.

Статья поступила в редакцию 04.02.2015 г.