

УДК 616.314-89.5-031.84

О. И. Осокина, А. А. Удод, Б. Б. Ивнев, С. В. Селезнёва, Г. Г. Путятин, С. Г. Ушенин
ВОЗМОЖНОСТИ БИОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

О. І. Осокіна, О. А. Удод, Б. Б. Івнев, С. В. Селезнєва, Г. Г. Путятін, С. Г. Ушенін
Можливості біосуггестивної терапії в корекції болювого синдрому у психоневрології і стоматології

O. I. Osokina, O. A. Udod, B. B. Ivniev, S. V. Seleznova, H. H. Putiatin, S. H. Ushenin
Possibilities of biosuggestive therapy in the correction of pain syndrome in psychoneurology and dentistry

Статья посвящена изучению структуры болевого синдрома и эффективности использования метода биосуггестивной терапии для его коррекции у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей. Изучение болевого синдрома проводилось при помощи Мак-Гилловского опросника боли (MPQ) у 148 респондентов, испытывающих боль, среди которых было 72 пациента психоневрологического профиля и 76 пациентов стоматологического профиля. Авторами исследована в динамике интенсивность боли, ее сенсорный и эмоциональный компоненты. У пациентов основной группы, в отличие от группы контроля, отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома через два часа после проведенной биосуггестивной терапии по всем показателям методики MPQ ($p < 0,05$). Наиболее выраженными эти изменения были у пациентов психоневрологического профиля по аффективной шкале за счет снижения уровня тревоги и раздражительности. Исследование доказало эффективность использования метода биосуггестивной терапии в уменьшении выраженности болевого синдрома у пациентов как психоневрологического, так и стоматологического профилей. Максимальные изменения наблюдались в эмоциональной составляющей болевого синдрома, изменение которой автоматически влекло за собой трансформацию сенсорно-чувствительного и субъективного компонентов боли.

Ключевые слова: болевой синдром, Мак-Гилловский опросник боли, биосуггестивная терапия, пациенты психоневрологического и стоматологического профилей

В соответствии с определением Международной ассоциации по изучению боли (IASP), боль определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения. В отличие от других сенсорных модальностей боль всегда субъективно неприятна и служит сигналом повреждения или болезни.

Выделяют два основных типа боли: ноцицептивную и нейропатическую. Их различия обусловлены источниками. *Ноцицептивная боль* является следствием активации рецепторов периферической нервной системы болевыми стимулами вследствие повреждения ткани. *Нейропатическая боль* является следствием повреждения или дисфункции центральной нервной

Статью посвящено вивченню структури болювого синдрому та ефективності використання методу біосуггестивної терапії для його корекції у хворих психоневрологічного та стоматологічного профілів. Вивчення болювого синдрому проводили за допомогою Мак-Гілловського опитувальника болю (MPQ) у 148 респондентів, що страждали на біль, серед яких було 72 пацієнти психоневрологічного профілю та 76 пацієнтів стоматологічного профілю. Автори вивчали в динаміці інтенсивність болю, її сенсорний та емоційний компоненти. У пацієнтів основної групи, на відміну від контрольної групи, зазначено значне зменшення болювого синдрому через дві години після проведеної біосуггестивної терапії за всіма показниками MPQ ($p < 0,05$). Найбільш вираженими ці зміни були у пацієнтів психоневрологічного профілю за афективною шкалою внаслідок зниження рівня тривоги та роздратованості. Дослідження довело ефективність використання методу біосуггестивної терапії в зменшенні проявів болювого синдрому у пацієнтів як психоневрологічного, так і стоматологічного профілів. Максимальні зміни спостерігалися в емоційному складнику болювого синдрому, зміна якого автоматично спричиняла трансформацію сенсорно-чутливого і суб'єктивного компонентів болю.

Ключові слова: болювий синдром, Мак-Гілловський опитувальник болю, біосуггестивна терапія, пацієнти психоневрологічного та стоматологічного профілів

системы или периферических нервов. Нейрофизиологическое понятие ноцицепции обозначает совокупность процессов восприятия, передачи и центральной обработки сигналов о вредоносных процессах или воздействиях. Под ноцицепцией понимается исключительно физиологическая составляющая боли, не включающая субъективно-эмоциональную составляющую. Проведение болевых сигналов в ноцицептивной системе не эквивалентно ощущаемой боли. В то же время субъективное переживание боли может возникать без внешних стимулов и, соответственно, ноцицепции.

Болевые рецепторы или ноцицепторы представляют собой свободные нервные окончания, расположенные в коже, слизистых оболочках, мышцах, суставах, надкостнице и во внутренних органах. Чувствительные окончания принадлежат либо безмякотным, либо тонким миелинизированным волокнам, что определяет скорость проведения сигналов в центральной нервной

системе и дает повод к различению ранней боли, короткой и острой, возникающей при проведении импульсов с большей скоростью по миелиновым волокнам, а также поздней, тупой и длительной боли, в случае проведения сигналов по безмякотным волокнам. Ноцицепторы относятся к полимодальным рецепторам, поскольку могут активироваться стимулами разной природы: механическими (удар, порез, укол, щипок), термическими (действие горячих или холодных предметов), химическими (изменение концентрации ионов водорода, действие гистамина, брадикинина и ряда других биологически активных веществ). Порог чувствительности ноцицепторов высок, поэтому лишь достаточно сильные стимулы вызывают возбуждение первичных сенсорных нейронов.

Центральные отростки первичных сенсорных нейронов входят в спинной мозг в составе задних корешков и образуют синапсы с нейронами второго порядка, расположенными в задних рогах спинного мозга. Аксоны нейронов второго порядка переходят на противоположную сторону спинного мозга, где образуют спиноталамический и спиноретикулярный тракты. Спиноталамический тракт оканчивается на нейронах нижнего заднелатерального ядра таламуса, где происходит конвергенция проводящих путей болевой и тактильной чувствительности. Нейроны таламуса образуют проекцию на соматосенсорную кору: этот путь обеспечивает осознаваемое восприятие боли, позволяет определять интенсивность стимула и его локализацию. Волокна спиноретикулярного тракта оканчиваются на нейронах ретикулярной формации, взаимодействующих с медиальными ядрами таламуса. При болевом раздражении нейроны медиальных ядер таламуса оказывают модулирующее влияние на обширные регионы коры и структуры лимбической системы, что приводит к повышению поведенческой активности человека и сопровождается эмоциональными и вегетативными реакциями. Если спиноталамический путь служит для определения сенсорных качеств боли, то спиноретикулярный путь предназначен играть роль сигнала общей тревоги, оказывать на человека общее возбуждающее действие.

Субъективную оценку боли определяет соотношение нейронной активности обоих путей и зависящая от нее активация антиноцицептивных нисходящих путей, способных изменить характер проведения сигналов от ноцицепторов. В сенсорную систему болевой чувствительности встроены эндогенный механизм ее уменьшения путем регуляции порога синаптических переключений в задних рогах спинного мозга («ворота боли»). На передачу возбуждения в этих синапсах влияют нисходящие волокна нейронов серого вещества вокруг водопровода, голубого пятна и некоторых ядер срединного шва. Медиаторы этих нейронов (энкефалин, серотонин, норадреналин) тормозят активность нейронов второго порядка в задних рогах спинного мозга, чем уменьшают проведение афферентных сигналов от ноцицепторов. Анальгезирующим (обезболивающим) действием обладают опиатные пептиды (дайнорфин, эндорфины), синтезируемые нейронами гипоталамуса, которые имеют длинные отростки, проникающие в другие отделы головного мозга. Опиатные пептиды присоединяются к специфическим рецепторам нейронов лимбической системы и медиальной области таламуса, их образование увеличивается при некоторых эмоциональных состояниях, стрессе, продолжительных физических нагрузках, у беременных женщин незадолго перед

родами, а также в результате психотерапевтического воздействия или акупунктуры. В результате повышенного образования опиатных пептидов активируются антиноцицептивные механизмы, и повышается порог болевой чувствительности.

Нейропатическая боль — это вид боли, который, в отличие от обычной боли, возникает в результате патологического возбуждения нейронов в периферической или центральной нервной системе, отвечающих за реакцию на физическое повреждение организма (обычную боль) [1]. Нейропатическая боль центрального генеза наблюдается при повреждениях спинного мозга, рассеянном склерозе, иногда при инсультах. Периферическая нейропатия наблюдается при диабете (диабетическая полинейропатия), герпесвирусной инфекции, ВИЧ-ассоциированной нейропатии, паранеопластическом синдроме и др. По некоторым данным, нейропатическая боль поражает 7—8 % населения Европы [2]. Одним из видов нейропатической боли является денталгия. Зубная боль, или денталгия — боль, которая возникает в зубе или тканях, непосредственно окружающих его, обычно — в результате распада или заболеваний пульпы зуба, а также может быть связана с проблемами десен, челюсти или травмой в связи с механическим повреждением зубов и т. п. [3].

Не следует забывать о *психогенной боли*, которую диагностируют в отсутствие органического заболевания или в том случае, когда последнее не может объяснить характер и выраженность болевого синдрома. Психогенная боль всегда имеет хронический характер и возникает на фоне психических расстройств: депрессии, тревоги, ипохондрии, истерии, фобии, психосоматических расстройств. У значительной части больных важную роль играют психосоциальные факторы (неудовлетворенность работой, семьей, социальным статусом, стремление получить моральную или материальную выгоду и т. д.). Особенно тесные связи существуют между хронической психогенной болью и депрессией.

Боль является сложным, многомерным чувством, в котором одновременно отражена интенсивность боли, ее сенсорная и эмоциональная составляющие, поэтому психодиагностику болевого синдрома необходимо проводить с использованием многомерных рейтинговых шкал, оценивающих количественные и качественные особенности боли.

Если болевые раздражения длятся долго, и если человек становится не в состоянии преодолеть или контролировать боль, она постепенно «покоряет» его сознание, «заполняет» все его существование, направляет его мысли, нарушает сон, дезорганизует функции его организма. Когда боль становится хронической, психика больного претерпевает глубокие изменения. Часто возникают состояния, близкие к психическим расстройствам, напоминающим маниакальные, депрессивные и даже шизофренические [4].

Целью настоящего исследования является изучение возможностей метода биосуггестивной терапии при коррекции острой и хронической боли различной этиологии и локализации в психоневрологической и стоматологической практике.

Выборка исследуемых лиц включала 148 респондентов, среди которых были пациенты психоневрологического профиля — 72 пациента: 24 мужчины (33,3 ± 5,6 %) и 48 женщин (66,7 ± 5,6 %) и стоматологического профиля — 76 человек: 32 мужчины (42,1 ± 5,7 %) и 44 женщины (57,9 ± 5,7 %) в возрасте от 21 до 65 лет, испытывающих

болевым синдром. Всем респондентам было предложено пройти психодиагностическое исследование для определения степени выраженности болевого синдрома при помощи соответствующей стандартизированной шкалы. Исследование проводили дважды в течение одного дня с двухчасовым интервалом. В течение этих двух часов пациенты не использовали никаких медикаментозных обезболивающих препаратов. Пациентам, вошедшим в основную группу (82 респондента, из них 40 (48,8 ± 5,5 %) пациентов психоневрологического профиля, 42 (51,2 ± 5,5 %) пациента стоматологического профиля), после первичного психодиагностического исследования был проведен сеанс биосуггестивной терапии, через два часа после чего было проведено повторное исследование. Испытуемые контрольной группы (66 человек, из них 32 (48,5 ± 6,2 %) пациента психоневрологического профиля, 34 (51,5 ± 6,2 %) пациента стоматологического профиля) приняли решение справляться с болевым синдромом самостоятельно. Они не получали психокоррекционных мероприятий, но тоже были дважды обследованы с двухчасовым интервалом.

Средний возраст испытуемых основной группы составил 39,3 ± 4,3 лет, группы контроля — 36,1 ± 3,9 лет. В основной группе было 55 (67,1 ± 5,2 %) женщин и 34 (41,5 ± 5,4 %) мужчины, в контрольной группе — 37 (56,1 ± 6,1 %) женщин и 22 (33,3 ± 5,8 %) мужчины. По гендерно-возрастным особенностям группы были репрезентативны. При проведении настоящего исследования были использованы клинический, психодиагностический и статистический методы.

Для характеристик болевого синдрома у пациентов был использован Мак-Гилловский опросник (McGill Pain Questionnaire — MPQ), разработанный в начале 70-х годов XX века R. Melzack [5] и адаптированный

сотрудниками РГМУ, МГУ им. М. В. Ломоносова и ЦИТО им. Н. Н. Приорова (Кузьменко В. В. и др., 1986). Опросник позволяет охарактеризовать в динамике не только интенсивность боли, но и ее сенсорный и эмоциональный компоненты.

В качестве метода психокоррекции болевого синдрома был использован метод биосуггестивной терапии, разработанный А. С. Стражным [6] и адаптированный на кафедре психиатрии, психотерапии, наркологии и медицинской психологии Донецкого национального медицинского университета. Метод основывается на сочетании вербального и невербального внушения в состоянии неглубокого транса. Приставка «био» означает, что используется не только суггестия, а и другие техники (контакт ладони терапевта с телом респондента, индукция, соответствующая постановка голоса и т. д.).

При оценке количественных признаков рассчитывали среднее арифметическое значение показателя (\bar{x}) и среднеквадратическую ошибку среднего (m). Для качественных признаков рассчитывали частоту встречаемости признака (%) и стандартную ошибку (m %).

Для проведения множественных сравнений использовали критерий Крускала — Уоллиса и критерий Дана [6]. При сравнении частоты встречаемости качественных признаков использовали критерий хи-квадрат (χ^2). Критический уровень значимости во всех случаях принимали $p = 0,05$.

Пациенты, которые приняли участие в исследовании, испытывали острые или хронические боли различной локализации и являлись пациентами стоматологического, неврологического или психиатрического профилей. Часть из них проходили обследование и лечение в условиях стационара, другие — амбулаторно. Распределение пациентов в зависимости от генеза болевого синдрома представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов основной и контрольной групп в зависимости от генеза болевого синдрома

Генез болевого синдрома		Основная группа (n = 82)				Контрольная группа (n = 66)			
		психоневрологический профиль (n = 40)		стоматологический профиль (n = 42)		психоневрологический профиль (n = 32)		стоматологический профиль (n = 34)	
Нейропатическая боль периферического генеза		абс.	% ± m %	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %
1.	Диабетическая полинейропатия	3	7,5 ± 4,2	—	—	3	9,4 ± 5,2	—	—
2.	Вертеброгенная радикулопатия	9	22,5 ± 6,6	—	—	8	25,0 ± 7,7	—	—
3.	Постгерпетическая нейропатия	2	5,0 ± 3,4	—	—	—	—	—	—
4.	Денталгия	—	—	42	100,0 ± 0,0	—	—	34	100,0 ± 0,0
5.	Дисциркуляторная энцефалопатия	4	10,0 ± 4,7	—	—	6	18,8 ± 6,9	—	—
Нейропатическая боль центрального генеза									
6.	Инсульт	3	7,5 ± 4,2	—	—	4	12,5 ± 5,8	—	—
7.	Рассеянный склероз	1	2,5 ± 2,5	—	—	—	—	—	—
Боль преимущественно психогенного генеза									
8.	Депрессивные расстройства	10	25,0 ± 6,8	—	—	5	15,6 ± 6,4	—	—
9.	Конверсионные расстройства	3	7,5 ± 4,2	—	—	2	6,3 ± 4,3	—	—
10.	Тревожно-фобические, тревожно-ипохондрические расстройства	2	5,0 ± 3,4	—	—	2	6,3 ± 4,3	—	—
11.	Психосоматические расстройства	3	7,5 ± 4,2	—	—	2	6,3 ± 4,3	—	—

Все испытуемые дали согласие на участие в психодиагностическом исследовании. При помощи МРQ мы оценивали характеристики болевого синдрома, которые были представлены в виде трех основных шкал: сенсорной, аффективной и оценочной. Характеристики *сенсорной шкалы* (1—13-й подклассы) характеризовали боль в терминах механического или термического воздействия, изменения пространственных или временных параметров. Пациенты оценивали качество испытываемой боли, выбирая из представленного перечня ответов возможные характеристики болевого синдрома, соотнося их со своими ощущениями. Например, пульсирующая, схватывающая, дергающая, колющая, ноющая, распирающая и т. д. *Аффективная шкала* (14—19 подклассы) отражала эмоциональную сторону боли в терминах напряжения, страха, гнева или вегетативных проявлений. Например, изматывает, раздражает, злит, утомляет, приводит в отчаяние и т. д. *Оценочная шкала* отражала субъективную оценку интенсивности боли пациентом от минимально до максимально вы-

раженной. Из предложенного списка пациент выбирал то, что лучше всего описывало силу головной, зубной, спинальной или другой имеющейся боли: 1) слабая; 2) умеренная; 3) сильная; 4) сильнейшая; 5) невыносимая. При помощи МРQ определяли два показателя, характеризующие болевой синдром: *индекс числа выбранных дескрипторов* (ИД), который представляет собой количество (сумму) выбранных слов, и *ранговый индекс боли* (РИ), который определяется суммой баллов от всех выбранных дескрипторов.

Частота встречаемости качественных характеристик боли по опроснику МРQ у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей представлена в таблице 2.

У пациентов стоматологического профиля преобладали жалобы на боли пульсирующего, дергающего, выкручивающего, вырывающего, разрывающего, распирающего, пронизывающего, долбящего характера, часто боль ощущалась как острая, тупая ноющая или раскалывающая, подобная электрическому разряду или выстрелу.

Таблица 2. Частота встречаемости качественных характеристик боли по опроснику МРQ у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей

Сенсорная шкала (на что похожа боль?)								
Балл	1 подшкала	Частота, число пациентов	2 подшкала	Частота, число пациентов	3 подшкала	Частота, число пациентов	4 подшкала	Частота, число пациентов
1	пульсирующая	59	Боль подобная: электрическому разряду	29	колющая	67	острая	62
2	схватывающая	—	удару тока	55	впивающаяся	—	режущая	12
3	дергающая	46	выстрелу	5	буравящая	22	полосующая	—
4	стегающая	—			сверлящая	28		
5	колющая	—			пробивающая	—		
6	долбящая	24						
	5 подшкала		6 подшкала		7 подшкала		8 подшкала	
1	давящая	22	тянущая	66	горячая	44	зудящая	46
2	сжимающая	18	выкручивающая	64	жгущая	37	щиплющая	3
3	щемящая	—	вырывающая	21	ошпаривающая	—	разъедающая	—
4	стискивающая	7			палящая	—	жалящая	11
5	раздавливающая	—						
	9 подшкала		10 подшкала		11 подшкала		12 подшкала	
1	тупая	89	распирающая	88	разлитая		царапающая	29
2	ноющая	29	растягивающая	—	распространяющаяся	51	саднящая	—
3	мозжащая	17	раздирающая	—	проникающая		дерущая	—
4	ломающая	6	разрывающая	20	пронизывающая	78	пилящая	33
5	раскалывающая	14					грызущая	—
	13 подшкала							
1	немая	12						
2	сводящая	15						
3	леденящая	8						
Σ	Средний индекс числа выбранных дескрипторов			7,2 ± 2,6 пн		8,4 ± 2,1 ст		p > 0,05
	Средний ранговый индекс боли, баллы			29,2 ± 3,4 пн		33,7 ± 3,2 ст		p > 0,05

Аффективная шкала (какие чувства вызывает боль, какое воздействие оказывает на психику?)								
Балл	14 подшкала	Частота, число пациентов	15 подшкала	Частота, число пациентов	16 подшкала	Частота, число пациентов	17 подшкала	Частота, число пациентов
1	утомляет	78	вызывает: чувство тошноты	67	вызывает: чувство тревоги	101	угнетает	—
2	изматывает	69	удушья	54	страха	27	раздражает	58
3					ужаса	7	злит	45
4							приводит в ярость	18
5							приводит в отчаяние	21
	18 подшкала		19 подшкала					
1	обессиливает	126	боль — помеха	15				
2	ослепляет	10	боль — досада	7				
3			боль — страдание	50				
4			боль — мучение	45				
5			боль — пытка	19				
Σ	Средний индекс числа выбранных дескрипторов			4,9 ± 1,7 пн		4,7 ± 1,5 ст		p > 0,05
	Средний ранговый индекс боли, баллы			13,1 ± 1,1 пн		9,7 ± 1,1 ст		p > 0,05
Профиль пациентов	Оценочная шкала							
	Оценка интенсивности боли пациентами, % ± m %							
	слабая		умеренная		сильная		сильнейшая	невыносимая
психоневрологический	7 ± 6,4		21 ± 6,4		29 ± 6,4		34 ± 6,4	9 ± 6,4
стоматологический	2 ± 7,1		18 ± 7,1		41 ± 7,1		26 ± 7,1	13 ± 7,1

Примечания. Здесь и далее: ст — стоматологический профиль; пн — психоневрологический профиль; p — уровень значимости различия

Пациенты психоневрологического профиля характеризовали свою боль как пилящую, царапающую, зудящую, жалящую, горячую, жгущую, мозжащую, колотящую, колющую, буравящую, сверлящую, немую, сводящую, леденящую, дергающую, тянущую, подобную удару тока и т. д. Средний индекс числа выбранных дескрипторов по сенсорной шкале составил 7,2 ± 2,6 у больных психоневрологического профиля и 8,4 ± 2,1 у пациентов стоматологического профиля, различия не значимы (p > 0,05). По сенсорной шкале выраженность болевого синдрома, отраженная в показателе среднего рангового индекса боли, составила 29,2 ± 3,4 балла у больных психоневрологического профиля и 33,7 ± 3,2 балла у пациентов стоматологического профиля, различия не значимы (p > 0,05). Таким образом, несмотря на различия в качественных характеристиках болевого синдрома, как пациенты стоматологического, так и психоневрологического профиля испытывали схожий по силе и достаточно выраженный дискомфорт на уровне ощущений.

Эмоциональная составляющая болевого синдрома у исследуемых пациентов была представлена дескрипторами всех подшкал, но наиболее частыми эмоциями пациентов были чувство тревоги, страха, раздражения, злости, отчаяния, ощущение того, что боль изматывает и лишает сил. Большая часть пациентов воспринимали боль как страдание и мучение. Средний индекс числа выбранных дескрипторов по аффективной шкале со-

ставил 4,9 ± 1,7 у больных психоневрологического профиля и 4,7 ± 1,5 у пациентов стоматологического профиля (p > 0,05); средний ранговый индекс боли составил 13,1 ± 1,1 балла у больных психоневрологического профиля и 9,7 ± 1,1 балла у пациентов стоматологического профиля, различия не значимы (p > 0,05).

Большинство пациентов психоневрологического профиля субъективно оценивали интенсивность боли как сильнейшую (34 ± 6,4 %), сильную (29 ± 6,4 %) или умеренную (21 ± 6,4 %), а пациенты стоматологического профиля — как сильную (41 ± 7,1 %) или сильнейшую (26 ± 7,1 %).

Сравнительный анализ усредненных значений показателей шкалы MPQ в основной и контрольной группах представлен в таблице 3. Средний индекс числа выбранных дескрипторов в основной группе пациентов составил 6,6 ± 1,9, в контрольной группе — 6,1 ± 1,8, различия не значимы (p > 0,05). Средний ранговый индекс боли составил 32,4 ± 2,0 балла в основной группе и 20,6 ± 2,1 балла в группе контроля (p > 0,05). Усредненные значения по оценочной шкале составили 3,5 ± 2,6 балла у больных психоневрологического профиля и 3,8 ± 2,7 балла у больных стоматологического профиля (p > 0,05). Эти данные отражали выраженность болевого синдрома у пациентов и делали возможным проведение исследования с последующим сравнением в динамике показателей шкалы MPQ в исследуемых группах.

Таблиця 3. Сравнительный анализ усредненных значений показателей шкалы MPQ в исследуемых группах

Шкалы MPQ		Основная группа (n = 82)		Группа контроля (n = 66)	
		психоневрологический	стоматологический	психоневрологический	стоматологический
Сенсорная шкала	Средний ИД	6,8 ± 2,5	8,9 ± 2,2	8,3 ± 2,4	7,9 ± 2,3
	Средний РИ, баллы	32,1 ± 3,2	33,9 ± 3,2	26,3 ± 3,1	33,5 ± 3,1
Аффективная шкала	Средний ИД	5,7 ± 1,6	4,6 ± 1,5	4,1 ± 1,7	4,8 ± 1,6
	Средний РИ, баллы	12,5 ± 1,2	10,5 ± 1,1	13,7 ± 1,0	8,9 ± 1,2
Суммарный	Средний ИД	6,3 ± 2,1	6,8 ± 1,8	6,2 ± 1,9	5,9 ± 1,8
	Средний РИ, баллы	42,6 ± 2,0	22,2 ± 2,0	20,0 ± 1,9	21,2 ± 2,2
	Средний ИД	6,6 ± 1,9		6,1 ± 1,8	
	Средний РИ, баллы	32,4 ± 2,0		20,6 ± 2,1	
Оценочная шкала, баллы		3,8 ± 2,5	3,6 ± 2,6	3,2 ± 2,6	4,0 ± 2,7
Суммарный балл		3,7 ± 2,5		3,6 ± 2,6	

Примечание. Здесь и далее: значения показателей шкалы MPQ поданы в формате ($Me \pm m$); уровень значимости различия — $p > 0,05$

В таблице 4 представлен сравнительный анализ динамики болевого синдрома у пациентов основной группы, которые прошли сеанс биосуггестивной терапии, и у пациентов группы контроля, которые справились с болью самостоятельно. Также нами было проанализировано видоизменение болевого синдрома у пациентов стоматологического и психоневрологического профилей. Полученные результаты позволили оценить эффективность биосуггестивной терапии в уменьшении боли у пациентов. Так, у пациентов основной группы отмечалось выраженное уменьшение болевого синдрома через 2 часа после проведенной биосуггестивной терапии

(суммарный средний ИД снизился с $6,3 \pm 2,1$ до $3,2 \pm 2,2$; суммарный средний РИ — с $32,4 \pm 2,0$ до $16,7 \pm 1,9$ балла, $p < 0,05$) по всем показателям методики MPQ. Но наиболее выраженными эти изменения были у пациентов психоневрологического профиля по аффективной шкале (средний ИД снизился с $5,7 \pm 1,6$ до $1,7 \pm 1,5$; средний РИ — с $12,5 \pm 1,2$ до $4,4 \pm 1,5$ балла, $p < 0,001$). У пациентов стоматологического профиля также отмечалось значительное уменьшение выраженности болевого синдрома, в основном за счет эмоциональной составляющей (средний ИД снизился с $4,6 \pm 1,5$ до $2,2 \pm 1,7$; средний РИ — с $10,5 \pm 1,1$ до $5,1 \pm 1,3$ балла, $p < 0,02$).

Таблиця 4. Оценка эффективности биосуггестивной терапии при купировании болевого синдрома у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей в исследуемых группах

Шкалы MPQ	Профиль пациентов	Основная группа (n = 82)				Группа контроля (n = 66)				p
		До биосуггестивной терапии		Через 2 часа после начала исследования		В начале исследования		Через 2 часа после начала исследования		
		ИД	РИ, баллы	ИД	РИ, баллы	ИД	РИ, баллы	ИД	РИ, баллы	
Сенсорная шкала	психоневрологический	6,8 ± 2,5	32,1 ± 3,2	3,1 ± 2,3	25,4 ± 3,1	8,3 ± 2,4	26,3 ± 3,1	8,1 ± 2,2	26,0 ± 2,9	$p < 0,01$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
	стоматологический	8,9 ± 2,2	33,9 ± 3,2	5,2 ± 3,1	29,9 ± 3,0	7,9 ± 2,3	33,5 ± 3,1	8,0 ± 2,1	31,5 ± 3,0	$p < 0,05$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
Аффективная шкала	психоневрологический	5,7 ± 1,6	12,5 ± 1,2	1,7 ± 1,5	4,4 ± 1,5	4,1 ± 1,7	13,7 ± 1,0	4,8 ± 1,9	14,2 ± 1,1	$p < 0,001$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
	стоматологический	4,6 ± 1,5	10,5 ± 1,1	2,2 ± 1,7	5,1 ± 1,3	4,8 ± 1,6	8,9 ± 1,2	4,5 ± 1,4	7,7 ± 1,3	$p < 0,02$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
Σ		6,3 ± 2,1	32,4 ± 2,0	3,2 ± 2,2	16,7 ± 1,9	3,2 ± 2,6	13,8 ± 2,7	5,4 ± 2,3	19,9 ± 2,5	$p < 0,05$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
Оценочная шкала	психоневрологический	3,8 ± 2,5		2,1 ± 2,4		3,2 ± 2,6		3,2 ± 2,4		$p < 0,01$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
	стоматологический	3,6 ± 2,6		2,2 ± 2,5		4,0 ± 2,7		3,7 ± 2,5		$p < 0,05$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$

Примечания: p — уровень значимости различия в основной группе до проведения и через два часа после проведения биосуггестивной терапии; p^1 — уровень значимости различия в контрольной группе в начале исследования и через два часа; p^2 — уровень значимости различия между группами в период через два часа после начала исследования

Таким образом, у пациентов, прошедших сеанс биосуггестивной терапии, отмечалась нормализация эмоционального фона, в основном за счет снижения уровня тревоги и раздражительности. Изменение эмоциональной составляющей автоматически влекло за собой пересмотр пациентами всех характеристик болевого синдрома и трансформацию сенсорно-чувствительных составляющих боли в сторону их меньшей выраженности. Все пациенты основной группы субъективно отметили улучшение своего состояния после биосуггестивной терапии (с $3,8 \pm 2,5$ до $2,1 \pm 2,4$ балла среди больных психоневрологического профиля и с $3,6 \pm 2,6$ до $2,2 \pm 2,5$ балла среди больных стоматологического профиля — по оценочной шкале методики MPQ, $p < 0,05$).

В контрольной группе пациентов, с которыми не проводилась биосуггестивная терапия, по всем показателям шкалы MPQ не было выявлено различий в изменении сенсорного или эмоционального компонентов болевого синдрома на протяжении двухчасового интервала исследования (суммарный средний ИД в начале исследования составил $3,2 \pm 2,6$, через два часа — $5,4 \pm 2,3$; суммарный средний PI изменился с $13,8 \pm 2,7$ до $19,9 \pm 2,5$ балла, $p > 0,05$).

Сравнительный анализ показателей шкалы MPQ между исследуемыми группами показал наличие статистически значимых ($p < 0,05$) различий по сенсорной, аффективной и оценочной шкалам как среди пациентов психоневрологического профиля, так и у больных стоматологического профиля.

Таким образом, проведенное исследование доказало эффективность использования метода биосуггестивной терапии в уменьшении выраженности болевого синдрома у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей. Данный метод оказался результативным при его самостоятельном использовании, без фармакотерапии болевого синдрома. Основной точкой приложения биосуггестии явилась эмоциональная составляющая болевого синдрома, изменение которой автоматически влекло за собой трансформацию и сенсорно-чувствительного, и субъективного компонентов боли. Это еще раз доказывает наличие соматопсихических и психосоматических взаимоотношений и позволяет использовать метод биосуггестивной терапии в уменьшении выраженности болевого синдрома любого генеза самостоятельно или параллельно с медикаментозным купированием боли.

Полученные данные об эффективности метода биосуггестивной терапии при коррекции болевого синдрома в психоневрологии и стоматологии при его однократном использовании делают целесообразным изучение возможностей применения этого метода курсом (несколько сеансов) и для устранения болевого синдрома различного генеза при других заболеваниях.

Список литературы

1. The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results From a General Population Survey / Torrance N., Smith B. H., Bennett M. I. [et al.] // *The Journal of Pain*. 2006. Vol. 7 (4). P. 281—289.
2. Данилов А. Б. Нейропатическая боль. Москва : Нейромедиа, 2003. 60 с.
3. Zadik Y., Chapnik L., Goldstein L. In-flight barodontalgia: analysis of 29 cases in military aircrew // *Aviat Space Environ Med*. 2007. Jun; 78(6): P. 156—161.
4. Кассиль Г. Н. Наука о боли. 2-е доп. изд-е. Москва : Наука, 1975. 400 с. (Серия «Проблемы науки и технического прогресса»).
5. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire // *Pain*. 1987. Vol. 30 (2). P. 191—197.
6. Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г. Анализ результатов медико-биологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT // *Вестник гигиены и эпидемиологии*. 2004. Т. 8, № 1. С. 155—167.

Надійшла до редакції 10.10.2017 р.

ОСОКИНА Ольга Ігорівна, доктор медичних наук, доцент, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету (ДонНМУ), м. Краматорськ, Україна

УДОД Олександр Анатолійович, доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи та міжнародних зв'язків ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

ІВНЄВ Борис Борисович, доктор медичних наук, професор, ректор Київського медичного університету, м. Київ, Україна
СЕЛЕЗНЬОВА Софія Веніамінівна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри неврології та нейрохірургії ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

УШЕНІН Сергій Геннадійович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

ПУТЯТІН Геннадій Геннадійович, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

OSOKINA Olga, Doctor of Medical Science, Associate Professor, Head of Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

UDOD Oleksandr, Doctor of Medical Science, Professor, Vice-Rector for Scientific-Pedagogical Work and International Relations of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

IVNIEV Borys, Doctor of Medical Science, Professor, Rector of Kyiv Medical University, Kyiv, Ukraine

SELEZNOVA Sofiia, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of Department of Neurology and Neurosurgery of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

USHENIN Serhii, MD, PhD, Lecturer of Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

PUTIATIN Hennadii, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine