

УДК 159.91; 159.96

DOI: 10.26140/anip-2019-0803-0088

РОЛЬ И ФУНКЦИИ БОЛИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

© 2019

Лильберг Ребекка Эриковна, кандидат философских наук, преподаватель
отделения последипломного обучения

*Медицинский колледж Министерства образования и науки России
(117105, Россия, Москва, Варшавское шоссе, дом 16А, e-mail: sothys1@mail.ru)*

Аннотация. В настоящем исследовании сделана попытка создания обобщенной психологической модели стоматологического пациента с соблюдением хронологической преемственности основных психологических характеристик и особенностей индивида, вынужденного испытывать и переживать стомалгию, в доклинический и клинический период. Особое внимание в исследовании уделено фактическому основанию обеспечения указанной выше преемственности, а именно – болевому синдрому, сигнализирующему о том или ином нарушении в области челюстно-лицевой зоны, а также – психологическому анализу роли и основным функциям боли: сигнальной, мобилизующей, защитной и адаптационной. Кроме того, в исследовании расширено традиционное для медицинской науки определение болевого синдрома именно в сторону его психологического заполнения и раскрытия собственного психологического содержания, фактически составляемого особенностями реализации всех основных физиологических функций боли именно через психологические механизмы. В исследовании отдельно рассмотрена важнейшая психологическая проблема стресса, сопровождающего восприятие и переживание стомалгии психикой стоматологического пациента, а также, в рамках заявляемой психологической модели, произведена попытка перехода от безусловно-рефлекторного («чистой ноцепции») к высшему психическому уровню восприятия, переживания и преодоления болевого синдрома стоматологическим пациентом.

Ключевые слова: боль как интегративная характеристика, боль как междисциплинарная проблема, высшие психические функции, междисциплинарная модель рефлексии боли, роль и функции боли, психологическая модель стоматологического пациента, мезодиэнцефальная модуляция

ROLE AND FUNCTIONS OF THE PAIN IN THE PSYCHOLOGICAL MODEL OF THE DENTAL PATIENT: CLINICAL AND PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS

© 2019

Liljeberg Rebecca Erikovna, Ph.D., teacher of the postgraduate
studies department

*Medical College of the Ministry of Education and Science of Russia
(117105, Russia, Moscow, highway Warsaw 16A, e-mail: sothys1@mail.ru)*

Abstract. There is an attempt in the present study, which was made to create a generalized psychological model of a dental patient in compliance with the chronological continuity of the main psychological characteristics and characteristics of an individual who is forced to experience and experience a dental failure in the preclinical and clinical periods. Special attention in the study was paid to the actual basis for ensuring the above continuity, namely, pain syndrome, signaling a particular disorder in the maxillofacial area, as well as psychological analysis of the role and main functions of pain: signal, mobilizing, protective and adaptive. In addition, the study broadens the definition of pain syndrome, traditional for medical science, specifically towards its psychological filling and disclosure of its own psychological content, which is actually compiled by the features of the implementation of all the basic physiological functions of pain through psychological mechanisms. The study separately considered the most important psychological problem of stress that accompanies the perception and experience of a stomalgia with the psyche of a dental patient, and also, within the framework of the claimed psychological model, an attempt was made to move from an unconditioned-reflex ("pure nociception") to a higher mental level of perception, experiencing and overcoming painful dental patient syndrome.

Keywords: pain as an integrative characteristic, pain as an interdisciplinary problem, higher mental functions, psychological mechanisms of pain reflection, interdisciplinary model of pain reflection, the role and functions of pain, psychological model of a dental patient, mesodiencingal modulation

В начале апреля 2019 г. в ЦМТ (Москва) проходил 26-й Российский медицинский конгресс «Человек и лекарство», значительное число выступлений на котором было посвящено самым разнообразным аспектам обезболивания, в том числе и выходящим за пределы собственно фармакологической анальгезии. Для выступающих представителей профессионального стоматологического сообщества, равно как и для присутствовавших на конгрессе в качестве слушателей стоматологов эта тема всегда имела особую актуальность, поскольку к числу наиболее характерных особенностей стоматологического лечения относится его болевая составляющая, почти всегда возникающая в процессе санации, с наличием которой приходится считаться как самому стоматологическому пациенту, так и лечащему его специалисту, и которую первый вынужден терпеть, а второй всемерно минимизировать и преодолевать ради общей цели – успешности стоматологического лечения.

Эмоциональная острота стомалгии известна всем, у кого когда-либо болели зубы или иные отделы пародонта, и причины этой остроты в самом общем виде имеют крайне разнообразный характер, коренящийся как в анатомии самих челюстно-лицевых структур, так и иннервирующих их нервных путей, а также – в эмоцио-

нально-психологических особенностях восприятия ЦНС человека выраженного болевого синдрома от челюстно-лицевых структур и их отделов. С учетом всех этих различий, активно обсуждавшиеся на конгрессе «Человек и лекарство» самые общие способы купирования болевого синдрома в части своей эффективности и достижения необходимого для процесса лечения результатов, равно как и наиболее современные технологии обезболивания, обнаруживают все более выраженный комплексный, системный характер, необходимо сочетающий фармакологическую анальгезию с эффективными приемами физиотерапевтической и психологической коррекции субъективных особенностей восприятия болевого синдрома конкретным стоматологическим пациентом.

В основе этого междисциплинарного синтеза наиболее общее представление о боли как форме отношения человека, человеческой психики, человеческого организма к внешней действительности в тех ситуациях и обстоятельствах, когда тело или психика человека подвергается со стороны этой действительности травмирующему, разрушающему воздействию, вызывающему боль и соответствующие ее восприятию переживания *post factum*. Вне всякого сомнения, данная формулировка обнаруживает внутри себя весьма значительное и

крайне разнообразное психологическое содержание, что связано с особым наполнением процессов переживания и преодоления телесной и душевной боли, в которых оказываются задействованы практически все высшие психические функции ЦНС организма человека, активизирующие, помимо факторов нейрогуморальной и нейровегетативной регуляции в рамках физиологии ВНД, сложные, многоступенчатые и субординированные механизмы рефлекторного восприятия болевого синдрома и формирования не только безусловно-рефлекторного, но и высшего эмоционально-волевого ответа на восприятие, переживание и преодоление боли.

По сравнению с более чем подробными и исчерпывающими научными представлениями об анатомии соответствующих отделов ЦНС, о функционировании биохимических и нейрофизиологических механизмов возникновения, развития и восприятия болевого синдрома, реализуемых в рамках нормальной и патологической физиологии ВНД, психофизиологические и психоэмоциональные аспекты тех же механизмов и процессов остаются значительно менее изученными и разработанными. Обращает на себя внимание то, что на 26-м конгрессе «Человек и лекарство» многие выступающие, представители самых различных отраслей медицинской теории и практики предпринимали вполне определенные и активные попытки внести свою лепту в формирование единой концепции, сочетающей более известные и менее известные современной науке факты и аспекты в единую, обобщенную модель рефлексии болевого синдрома, которая, во всей ее фактической полноте, обнаруживает все более и более междисциплинарный характер, относимый в равной мере не только к клинической медицине, но и к медицинской антропологии, с также – к общей и клинической психологии. По всей видимости, данный перечень дисциплин также не является окончательным, и будет постепенно расширяться по мере развития представлений человека о природе и особенностях этого феномена.

Однако, тематика выступлений самых разнообразных клиницистов на конгрессе «Человек и лекарство» - 2019, а также многообразно заявляемое им представление о пациенте как о целом, неразрывном единстве физических и психических факторов здоровья или неблагополучия, свидетельствуют о том, что такие научные дисциплины, как медицина и психология, всегда будут стоять в этом междисциплинарном ряду особняком. Первая – вследствие особой роли болевого синдрома в процессах патогенеза, диагностики, лечения, восстановления нормы физического или психического здоровья пациента; тогда как вторая – вследствие нерасторжимого единства физических и психических аспектов восприятия, переживания и преодоления боли в тех же процессах. За этими мыслями, многообразно и часто звучавшими на конгрессе в выступлениях по данной тематике, начинают все более отчетливо просматриваться и формироваться объективные тенденции универсализации и системности в формировании единой междисциплинарной концепции описания и понимания интегративной природы болевого синдрома в его отношении к человеку как к пациенту, - его генезиса, его природы, его функций, его самых разнообразных особенностей в плане восприятия, переживания, преодоления.

Таким образом, в современной междисциплинарной оценке [1] боль становится интегративной универсалией экзистенциального характера, актуализирующей главным образом в функциях регуляции и модерации существования человека и как физического тела, и как человеческого сознания в их отношении к окружающей действительности, - к физическому миру и его образу, формирующемуся в сознании человека. Бесконечное множество способов физического взаимодействия с этой действительностью, равно как и бесконечное богатство образов и форм ее психического отражения, - все вместе они указывают на то, насколько на самом деле

сложна проблема боли, - сложна ровно так же, насколько сложен и сам человек в его нерасторжимом единстве физического и психического.

В этой самой общей ситуации сознательное ограничение психологическими и медицинскими рамками необходимо для целенаправленного решения целого ряда вопросов, относящихся к той сфере человеческого бытия, где ощущения боли, - как физической, так и психической, - наиболее реальны. Кроме того, для современной медицины явно наблюдаемое обострение этой проблемы оказывается парадоксальным образом связанным, во-первых, с впечатляющими успехами новейшей медицинской теории и практики, выражающимися, а частности, с увеличением продолжительности жизни современного человека, и, во-вторых, - с необходимостью поддержания качества жизни пациентов со стороны медицины в течение всей продолжительности их жизни на уровне не ниже нормативного [2], в то время как заявляемое со стороны социума требование сохранения стандартов и норм качества жизни пациентов приобретает в деятельности современного медицинского работника любого уровня все более и более директивный характер. В известном смысле, это – одно из самых драматичных и самых сложных требований времени, в котором существует нынешняя цивилизация, из числа обращенных им к современной медицинской теории и практике напрямую.

В своем наблюдении, лечении и сопровождении пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи, современная стоматология необходимым образом исходит из таких функциональных особенностей болевого синдрома, которые позволяют реализовать сигнальную, мобилизующую, защитную, адаптивную функции боли. Наиболее типичным клиническим случаем обращения пациента за квалифицированной стоматологической помощью остается ситуация, когда его психика получает маркированный в качестве болевого сигнал о наличии того или иного неблагополучия в челюстно-лицевой зоне, после чего им производится элементарная самодиагностика и принимается решение о посещении стоматолога с целью купирования болевого синдрома через восстановление нарушенных структур.

При этом память пациента, прежде лечившего зубы хотя бы однажды, актуализирует в его сознании эмоциональные переживания, связанные с переживанием и преодолением болевого синдрома, возникавшего в процессе прошлых эпизодов стоматологического лечения, формируя, вообще говоря, отрицательную мотивацию нового посещения врача как самого простого способа избежать очередной эскалации болевых ощущений в процессе лечения, ожидаемых и оцениваемых в качестве весьма вероятных на основе данных памяти.

Тем не менее, подключающаяся в то же самое время другая высшая психическая функция – мышление, анализируя всю ситуацию в целом и прогнозируя ее наиболее вероятное последующее развитие в отсутствие лечения, принимает решение о необходимости последнего, поскольку откладывание визита к стоматологу столь же вероятно приведет к усилению болевого синдрома, на переживание возрастающей остроты которого будут уходить все большие психические и физические ресурсы организма пациента. Кроме того, пациенту, скорее всего, известно, что, чем раньше он посетит врача, тем менее острой будет боль, сопровождающая само стоматологическое лечение.

В этом отношении ситуация с заболевшим зубом и последующим принятием решения о посещении стоматолога в своем психологическом измерении представляет собой самую настоящую борьбу эмоциональных и рациональных компонентов процесса мышления, - битву, ареной которой становится психика стоматологического пациента во всем своем единстве и цельности, присущим психической норме. Для достижения осознанно-

го перевеса *emotio* или *ratio* в этой борьбе необходимо подключение еще двух высших психических функций – воображения, формирующего прогностику по двум основным альтернативным сценариям («посетить врача не откладывая» – «отложить это посещение на время»), и воли, необходимой для последующей конкретизации и практической реализации принятого решения.

Следовательно, ни одна из высших психических функций пациента не остается незадействованной от момента фиксации сознанием пациента выраженной стомалгии и вплоть до того самого момента, когда он сам, добровольно, откроет дверь в кабинет стоматолога, сам усядется в стоматологическое кресло, сам откроет рот и сам позволит доктору делать там все, что тот сочтет необходимым в процессе лечения. Таким образом, – именно наличие болевого синдрома, его рецепция, его анализ, его уточнение со стороны сознания пациента, запускает сложные психологические механизмы и формирует мотивационно неоднозначную поведенческую модель, на первый взгляд кажущуюся простой и стандартной для всех, кроме самого пациента.

Первая, сигнальная функция боли внутри этой модели реализуется относительно просто лишь на физиологическом уровне (как ноцепция – прим. авт.), тогда как в сфере психического ею же запускается целый комплекс сопровождающих ноцепцию процессов, в первую очередь связанных, во-первых, с постоянством характера ее рефлексии в отсутствие лечения, и, во-вторых, с нарастанием чувства тревоги по поводу принятия решения о необходимости предстоящего стоматологического лечения, – чувства, которое может индивидуально усугубляться либо из-за уже имеющегося у пациента предшествующего анамнеза как стоматологического, так и общего характера; либо из-за неблагоприятного стечения личных внешних социальных или прагматических обстоятельств немедицинского характера, осложняющих принятие пациентом решения о стоматологическом лечении как в первом, так и во втором случае. В то же время, полученный сигнал от ноцицептивной системы далее будет передан не только в центр анализа и обработки информации, поскольку внеэмоциональное восприятие ощутимой боли практически невозможно, и анатомически в этот этап окажется вовлечена не только кора больших полушарий, но и подкорковые отделы головного мозга человека, между которыми в отношении различных физиологических модусов восприятия болевого сигнала, имманентно им присущих, установится хрупкий, неустойчивый, подвижный баланс.

На этом фоне следующая в описываемой модели, мобилизующая функция боли будет реализовываться в условиях уже прошедшей инициальную фазу и относительно сформированной стрессовой реакции смешанного генеза, в числе причин которой, помимо факторов преодоления и сдерживания боли, а также вызывающих тревогу воспоминаний о прошлых эпизодах стоматологического лечения, может оказаться целый ряд самых разнообразных факторов немедицинского характера, психологически интерферирующих с инициальными стрессорами, и в подавляющем большинстве жизненных ситуаций, прямо или косвенно усиливающих непосредственное стрессовое воздействие от них. В этих условиях формирующаяся мотивация преодоления смешанной картины стрессирования, физиологически и психологически конвергирующей вокруг самого сильного стрессора (стомалгии), будет испытывать определенную неравномерность динамики собственного формирования. Эта неравномерность оказывается связана, главным образом, с происходящими во времени изменениями субъективных оценок значимости различных факторов, сочетанно формирующих общую картину переживаемого физиологического и психологического неблагополучия, связанного со стомалгией как с его исходной первопричиной, так и со стрессом, развившемся на ее фоне в условиях активизации ряда вторичных стрессоров,

определяемых текущей жизненной ситуацией стоматологического пациента, и имеющих как медицинскую, так и немедицинскую природу. Однако же, тот факт, что практически все пациенты с устойчивой и прогрессирующей стомалгией раньше или позже оказываются в стоматологическом кресле, указывает на эффективность действия факторов мобилизации, «пробивающихся» сквозь стресс и тревогу, этот стресс сопровождающую.

Защитная функция боли, действующей на уровне раздражающего физического ощущения, вызывающего как физический, так и выраженный психологический дискомфорт, чаще всего также реализуется через запускаемый ей механизм стресса, используя его классическую стадийную триаду, сформированную тысячелетней эволюцией и описанной в фундаментальных трудах Г. Селье [3] в середине прошлого века. Если стадии тревоги и резистентности еще оставляют пациенту со стомалгией какое-то временное пространство для прокрастинации, то далее, на стадии истощения и в том случае, если объект стрессирования все еще не принял корректного решения и не предпринял прямых мер для его практической реализации, продолжающийся стресс переходит в сферу психосоматики, оказывая свое разрушительное влияние практически на все основные системы поддержания гомеостаза организма пациента таким образом, что последний очень скоро начинает все более явно ощущать это возникшее неблагополучие, все внешние попытки заглушить или хотя бы ослабить которое имеют лишь временный и паллиативный характер, поскольку они целенаправленно направляются на устранение следствий, а не их причины, отнюдь не нуждающейся в паллиативном лечении. Рациональное осмысление и понимание этого, неизбежно приводят стоматологического пациента к специалисту, не давая тем самым патологическому процессу в челюстно-лицевой зоне, о котором сигнализирует боль, зайти слишком глубоко [4].

Таким образом, все описанные выше функции боли, – сигнальная, мобилизующая, защитная в общем интегративном единстве формируют еще одну, адаптационную функцию боли, которая, в своем психологическом измерении отражает наиболее общий характер отношения индивида к возникшей ситуации физического неблагополучия, вызывающего боль со всей последовательностью вызываемых ей психологических эффектов и запускаемых механизмов восприятия, переживания, совладания с болью, дополняемых механизмами рационального осмысления и оценки всей ситуации, вызывающей боль, в целом, с последующим принятием пациентом решения и реализацией моделей мышления и поведения, объективно признаваемых в обществе в качестве нормативных, а субъективно – в качестве целесообразных (обращение к специалисту, профессиональная диагностика и проведение лечения). Реализация сценариев адаптации становится завершающим этапом восприятия боли и, через самодиагностику локализации источника [5], осознания ее предполагаемых причин, возникающего в психике пациента представления о возможном углублении болевого синдрома при отсутствии лечения, а также о вторичности характера ощущаемого состояния психологического неблагополучия по отношению к исходным причинам, связанным с неблагополучием физическим, которое и должно быть подвергнуто целенаправленному восстановлению (лечению).

Известно, что болевые сигналы, поступающие от зубов и пародонта, относятся к числу наиболее труднопереносимых [6], что объясняется, с одной стороны, сочетанным (вегетативно-соматическим) характером иннервации органов и тканей челюстно-лицевой зоны (показатели плотности расположения ноцицепторов в зубном дентине превосходят аналогичные показатели на поверхности кожи человека в сотни раз), с другой стороны – возможностью развития множественных феноменов иррадиации (вследствие острой боли – [7]) состоя-

ния раздражения нервных волокон и путей, в основе которых лежат особенности лицевой анатомии последних, когда из-за источника боли в одном зубе может субъективно «болеть», «ныть», «дергать» половина лица, ухо, затылок, шея, горло, нос и т.д. [Ibid.].

Учитывая эти специфические для болевого синдрома, возникающего в челюстно-лицевой зоне, особенности, исследователи [Ibid.] выдвигают предположение о существовании единой системы триггерных точек краниомандибулярной зоны, локализованных нецентрализованно [8] в форме сложной пространственной структуры, внутренняя архитектура иннервирующих путей внутри которой обладает собственной способностью повышенной иррадиации органов и тканей, расположенных по периферии указанной зоны, в ряде клинических случаев острой стомалгии анатомически от нее достаточно удаленных [Ibid.]. Согласно авторам этого исследования и в рамках той модели восприятия стомалгии, которую они предлагают, повышенная способность к иррадиации и вовлечению в зону болевого раздражения окружающих органов и тканей может быть объяснима присущими краниомандибулярной зоне анатомическими и физиологическими особенностями кодировки нервных импульсов, передающих болевые ощущения, которые авторы данного исследования обозначили, как «ноциальные коды» [Ibid.], обладающие выраженным отличием от болевых сигналов аналогичной природы, но поступающих от других отделов и систем человеческого организма, и воспринимаемых субъективно ЦНС самого пациента значительно острее и рельефнее (см. выше). Такое предположение, в свою очередь, формирует определенные предпосылки для оценки краниомандибулярного болевого синдрома как самостоятельной нозологической единицы [Ibid.], что вполне может быть принято за основу для проведения другого, совершенно самостоятельного исследования.

С другой стороны, в исследовании общей симптоматики внутри разнообразных клинических ситуаций, так или иначе сопровождаемых стомалгией [9], авторы указывают на целый ряд эффектов, возникающих и проявляющихся, помимо физиологии ВНД, также и в сфере психического, в том числе, - в сфере психосоматики. Так, например, к часто возникающей вследствие болевого зуба головной боли, парадоксальным образом могут добавляться также и разнообразные недомогания в висцеральной зоне, - метеоризм, диспепсия, нарушения стула как в ту, так и в другую сторону; болезненное и/или учащенное мочеиспускание; изжога, тошнота и рвота; онемение шеи, плеч, верхних отделов спины (или покалывания там же); шум (или гул) в ухе со стороны больного зуба и/или ощущение чего-то горячего в слуховом проходе; сухость в одном или в обоих глазах, или ощущение давления на глазное яблоко (яблоки); выраженные изменения вкуса и утрата аппетита; тахикардия и одышка [Ibid.]. Интересно и обращает на себя внимание представление именно психологического сообщества здесь то, что попытки выявления самостоятельного соматического генеза вне стоматологической сферы для всего перечисленного выше обычно ничем определенным не заканчиваются, тогда как, напротив, - излечение больного зуба (зубов, пародонта) специалистом сразу, или почти сразу приносит стоматологическому пациенту облегчение также и в сфере присоединяющейся к стомалгии вследствие общего стресса симптоматики [8].

Представители зарубежной анестезиологической школы в стоматологии (например, - [10]), в своих исследованиях опираются на раскрытие субъективной специфики психосоматических расстройств, сопровождающих инициированный стомалгией стресс с целью индивидуального ведения данного стоматологического пациента, обнаруживающего те или иные «акцентуации» в формировании вторичной стрессовой симптоматики, и на этой основе, - выработки клинически значимых индивидуальных алгоритмов, позволяющих, с одной

стороны, наиболее эффективно минимизировать субъективное ощущение боли [Ibid.], тогда как с другой стороны, - активировать личную позицию самого пациента в общем процессе лечения (в рамках различных моделей «комплаентности» - [11], [12], [13]), что само по себе оказывает благоприятное, излечивающее влияние на его психологическое состояние. Изменения последнего в лучшую сторону подтверждаются в этих исследованиях (там же) статистически прежде всего вследствие явного прогресса в полноте клинически и диагностически значимого информирования и, следовательно, - взаимного понимания друг другом сторон в диаде «врач – пациент» [14].

Кроме того, с позиций эффективно формирующейся и обновляющейся в последние десятилетия клинической методологии все более отчетливыми становятся контуры новых возможностей, в какой-то мере «подсказанных» связкой инициального стоматологического стрессора с вторичной возникающей психосоматикой, подлинную природу которой, очевидно, следует искать в соприкосновении ряда узловых аспектов будущих междисциплинарных исследований в сферах патофизиологии ВНД и возникающих на этой почве нарушений высших психических функций ЦНС человека, - исследований, объединяемых всей этой темой.

Так, например, в уже апробированной клинической практике наиболее действенное внешнее влияние на функционирование специализированных центров головного мозга человека, отвечающие, с одной стороны, за контроль функций восприятия болевых ощущений со стороны ноцицептивной системы ЦНС, а с другой стороны, - за управление процессами формирования общего антистрессового ответа организма человека со стороны его стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем, демонстрирует инновационный физиотерапевтический метод мезодизэнцефальной модуляции («МДМ-терапия» - [15]), многолетнее применение которого подтверждает выраженный клинический эффект в его медицинском измерении ([16], [17]), равно как и выраженный анти-стрессовый эффект ([18], [19]) в его психологическом измерении. Расширяющееся использование метода мезодизэнцефальной модуляции позволяет решить важнейшую задачу накопления действительно продуктивного эмпирического опыта в сфере новейших физиотерапевтических методов, в основе которых лежит модулированное внешнее воздействие на организм человека, направленное на формирование эффективных и устойчивых механизмов анальгезии по отношению к внешней ноцигенной различной природы и этиологии ([20], [21]).

Данное направление по результатам уже проведенных исследований и завершающей их клинической апробации ([22], [23]) в самой ближайшей перспективе может рассматриваться как одно из наиболее эффективных ([24], [25]). Такого рода прогноз основан, прежде всего, на некоторых особенностях тех общеклинических подходов к диагностике, лечению и ведению стоматологических пациентов с самым разнообразным индивидуальным анамнезом (включая также и наиболее сложные клинические ситуации, требующие не только разносторонней специализированной коррекции, но и последующей реабилитации ([26], [27], [28])), которые включают в себя компоненты направленного физиотерапевтического воздействия, основанного на принципиально новых достижениях научной и инженерно-конструкторской мысли ([29], [30], [31]). Указанные особенности даже на фоне имеющихся анамнестических отягощений предоставляют клиницисту, перед которым стоит крайне сложная задача максимально полного восстановления функций, уже утраченных стоматологическим пациентом, во-первых, возможность планирования более эффективной программы лечения, протезирования и последующего восстановления функций для пациентов практического любого уровня сложности ([32], [33], [34]).

и, во-вторых, — возможность подключения инновационных методов комплексного физиотерапевтического воздействия, подобных методу мезодизэнцефальной модуляции, на всех стадиях реализации такой комплексной лечебной программы ведения сложных стоматологических пациентов ([35], [36], [37]), - диагностической, клинической, а также на стадии реабилитации, - как общей [38], так и функциональной [39].

Кроме того, с точки зрения классической теории современной клинической психологии, постоянное расширение и уточнение исходной концепции Ганса Селье о формировании единого адаптационного синдрома [3], необходимость которых диктуется практическими реалиями существования современной цивилизации ([40]), в плоскости своей практической реализации также требует формулирования, постановки и последующего разрешения ряда принципиально новых задач, имеющих выражено междисциплинарный характер, и формируемых вокруг таких же по своему значению проблем. К таковым относится в своем самом общем виде и проблема болевого синдрома, обнаруживающего свое собственное независимое содержание как в патофизиологии ВНД, так и в клинической психологии, без участия, и без решающего слова которой эта одна из самых важных за всю историю медицины проблем вряд ли может быть решена успешно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Dorokhov EV, Churyukanov MV. Pain: an interdisciplinary problem (review of materials of the Russian scientific-practical conference). Rossiiskii zhurnal boli. 2013;(3):44-7. [In Russ.].
2. Развитие стоматологии в Российской Федерации. Концептуальная модель. 2014 год. — код доступа URL: http://www.e-stomatology.ru/star/work/2017/razvitiye_stom_russia.php (Дата обращения: 27.05.19).
3. Селье Г. Стресс без дистресса — М.: ЕЭ Медиа, 2012. — 66 с. — ISBN: 978-5-458-30565-5.
4. Яхно НН, Кукушкин МЛ. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты. Вестник РАМН. 2012;(9):54-8. [Yakhno NN, Kukushkin ML. Chronic pain: biomedical and socio-economic aspects. Vestnik RAMN. 2012;(9):54-8.
5. Авдеев А.И., Радивоз М.И. Судебно-медицинское обоснование понятия «боль» // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы (Хабаровск). — 2009. — № 10. — С. 97-101.
6. Ларкин Г. Боль в стоматологии // Проблемы стоматологии. — 2012. - № 2. - С. 38 — 40.
7. Булаков В.С., Саакян Ш.Х., Разумова С.Н. Краниомандибулярные боли в клинике ортопедической стоматологии: клиника, диагностика, лечение // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. — 2011. - № 3. — с. 131 — 135.
8. Жулев Е.Н., Трошин В.Д., Тиунова Н.В. Патогенетические аспекты хронической стоматалгии // Кубанский научный медицинский вестник. — 2015. - № 4 (153). - С. 80 — 82.
9. Быков Ю.Н., Калыгин А.Н. Дифференциальная диагностика невропатической боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2015. - № 1. - С. 4 — 9.
10. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, et al. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. Pain. 2005. - Dec 5;118(3):289—305. Epub 2005 Oct 6.
11. Veatch, R.M. The Patient-Physician Relation — Indianapolis: Indiana University Press. — 1991. — ISBN: 0253112974.
12. Шилина С.В. Социально психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике — Автореф. канд. диссертации по спец-ти ВАК РФ 14.00.52. — Волгоград. — 2014. - 143 с.
13. Фирсова И.В., Михальченко В.Ф. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2007. - № 2 (22), с. 3 — 9.
14. Куценалов А. В. Информированность пациентов и структурирование взаимоотношений в системе «врач-пациент» в отечественной и зарубежной медицине на рубеже XX-XI вв. — Волгоград: ВолГАСА, 2002. — 28 с.
15. Yumashev A.V., Utyuzh A.S., Volchkova I.R., Mikhailova M.V., Kristal E.A. The influence of mesodiencephalic modulation on the course of postoperative period and osseointegration quality in case of intraosseous dental implantation // Indian Journal of Science and Technology. 2016. T. 9. № 42. С. 104307.
16. Юмашев А.В., Утюж А.С. Способ комплексного лечения больных с остеосаркомой нижней челюсти. Патент на изобретение RUS 2652547 09.01.2018
17. Юмашев А.В., Утюж А.С., Фомин И.В., Матвеева Е.А., Ахмедов А.Н.О. Способ реабилитации пациентов после резекции пораженного участка нижней челюсти при первичной остеосаркомой нижней челюсти. Патент на изобретение RUS 2652742 09.01.2018
18. Юмашев А.В. Фундаментальные основы и практические ре-

- зультаты профилактики и лечения дистресса с помощью мезодизэнцефальной модуляции // Азимут научных исследований: педагогика и психология. — 2017. - Т. 6; № 4(21). - С. 376 — 379.
19. Yumashev A.V., Gorobets T.N., Admakin O.I., Kuzminov G.G., Nefedova I.V. Key aspects of adaptation syndrome development and anti-stress effect of mesodiencephalic modulation // Indian Journal of Science and Technology. 2016. T. 9. № 19. С. 93911. DOI: 10.17485/ijst/2016/v9i19/93911.
 20. Пономаренко Г.Н., Енин Л.Д. Некоторые методологические подходы к физиотерапии болевого синдрома / Вопросы курортологии и физиотерапии // ЛФК. — 1998. — № 5. — С. 20—23.
 21. Юмашев А.В., Утюж А.С., Адмакин О.И., Севбитов А.В., Неведова И.В. Опосредованное влияние мезодизэнцефальной модуляции на успеваемость студентов, обучающихся на стоматологическом факультете // Балтийский гуманитарный журнал. — 2017 - Т. 6; № 3(20). - С. 322 — 325.
 22. Севбитов А.В., Адмакин О.И., Платонова В.В., Браго А.С., Бондаренко И.В., Золотова Е.В., Канукова Е.Ю., Селифанова Е.И., Скатова Е.А., Юмашев А.В., Кузнецова М.Ю., Миронов С.Н., Дорофеев А.Е. Стоматология: Организация стоматологической помощи и анатомия зубов // Издательство Феникс, Ростов-на-Дону, 2015, 155 с.
 23. Севбитов А.В., Митин Н.Е., Браго А.С., Михальченко Д.В., Юмашев А.В., Кузнецова М.Ю., Шакарьянц А.А. Стоматологические заболевания // Издательство Феникс, Ростов-на-Дону, 2016, 158 с.
 24. Севбитов А.В., Браго А.С., Канукова Е.Ю., Юмашев А.В., Кузнецова М.Ю., Миронов С.Н. Стоматология: Введение в ортопедическую стоматологию // Издательство Феникс, Ростов-на-Дону, 2015, - 91 с.
 25. Утюж А.С., Юмашев А.В., Загорский В.В., Луииков Р.М., Неведова И.В. Клинические аспекты биомеханики включенных в блок имплантатов // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2016. № 7. С. 92-97.
 26. Локтионова М.В., Жидовинов А.В., Жажбаров А.Г., Салтовец М.В., Юмашев А.В. Реабилитация пациентов с тотальными дефектами нижней челюсти // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2016. № 4. С. 81-83.
 27. Утюж А.С., Юмашев А.В., Луииков Р.М. Клинический пример ортопедического лечения пациента после резекции нижней челюсти по поводу саркомы с использованием денальных имплантатов // Клиническая стоматология. 2016. № 4 (80). С. 56-58.
 28. Loktionova M.V., Zhakhbarov A.G., Yumashev A.V., Utyuzh A.S., Nefedova I.V. Rehabilitation of patients with total mandible defects // The USA Journal of Applied Sciences. 2016. № 2. С. 10-12.
 29. Юмашев А.В., Павлов В.А., Адмакин О.И., Кузьминов Г.Г., Неведова И.В. Анализ применения мезодизэнцефальной модуляции в коррекции стрессовых нарушений // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. № 12. С. 38-48.
 30. Юмашев А.В., Утюж А.С., Неведова И.В. Влияние мезодизэнцефальной модуляции на течение раннего послеоперационного периода и качество остеointеграции при внутрикостной стоматологической имплантации // Российский вестник денальной имплантологии. 2017. № 1 (35). С. 18-22.
 31. Юмашев А.В. Влияние мезодизэнцефальной модуляции на качество остеointеграции и стабильность денальных имплантатов // В книге: Естественнаучные основы медико-биологических знаний. Материалы всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием. 2017. С. 10-12.
 32. Утюж А.С., Юмашев А.В., Адмакин О.И., Загорский В.В., Неведова И.В. Хирургические и ортопедические аспекты протезирования пациентов с опорой на имплантаты при полной вторичной адентии // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. № 4. С. 172-182.
 33. Timoshin A.V., Sevbitov A.V., Drobot G.V., Yumashev A.V., Timoshina M.D. Use of bioresorbable plates on the basis of collagen and digestase for treatment of diseases of oral mucosa (review of clinical cases) // International Journal of Green Pharmacy. 2018. T. 12. № S1. С. 290-296.
 34. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Митин Н.Е., Пеииков В.А. Динамика гемодинамических показателей, саливации, α-амилазной активности у стоматологических больных как биомаркеров стрессовой реактивности // Наука молодых - Eruditio Juvenium. 2017. Т. 5. № 3. С. 453-461.
 35. Юмашев А.В., Утюж А.С., Адмакин О.И., Самусенков В.О., Кузьминов Г.Г., Неведова И.В. Способ ускорения остеointеграции и профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде при внутрикостной стоматологической имплантации. Патент на изобретение RUS 2620152 15.07.2016
 36. Утюж А.С., Юмашев А.В., Адмакин О.И., Самусенков В.О. Комплексная программа лечения и реабилитации больных с остеосаркомой нижней челюсти. // Методическое пособие для врачей / Москва, 2018.
 37. Юмашев А., Утюж А., Неведова И. Мезодизэнцефальная модуляция в лечении глоссалгии. // Врач. 2017. № 7. С. 67-69.
 38. Юмашев А.В., Утюж А.С., Кузьминов Г.Г., Неведова И.В. Применение мезодизэнцефальной модуляции в комплексе терапевтических и профилактических мероприятий при денальной имплантации у пациентов, страдающих сахарным диабетом II типа // Клиническая стоматология. 2018. № 1 (85). С. 39-43.
 39. Yumashev A.V., Makeeva I.M., Volkov A.G., Utyuzh A.S., Nefedova I.V. Reconceptualization of glossalgia issue, solution approaches.

-American Journal of Applied Sciences. -2016; 13 (11): 1245-54.

40. Yumashev A.V., Admakin O.I., Utyuzh A.S., Doroshina V.Yu.,
Volchkova I.R. *Effect of mesodiencephalic stimulation on adaptation to
stress and academic performance of students // International Journal of
Learning and Change. 2018. T. 10. № 4. С. 359-367.*

Статья поступила в редакцию 01.06.2019

Статья принята к публикации 27.08.2019