

© ТОКАРЕВА А.А., НЕСИНА И.А., ШУБИНА О.С.

УДК 616.381:616.8-009.7]-615.851

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОБИОУПРАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АБДОМИНАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

А.А. Токарева, И.А. Несина, О.С. Шубина

НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, директор – акад. РАМН В.В. Ляхович; Новосибирский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.О. Маринкин; кафедра профпатологии и восстановительной медицины, зав. – д.м.н., проф. Е.Л. Потеряева.

***Резюме.** Исследована эффективность биоповеденческой программы в комплексном лечении хронического абдоминального болевого синдрома. В исследование включены 59 пациенток гастроэнтерологического профиля. Проведен курс нейробиоуправления 31 пациентке с соматоформным болевым расстройством. Включение в комплексную программу лечения больных с психогенным абдоминальным болевым синдромом технологии биоуправления позволило повысить эффективность лечения, индуцировать позитивные изменения психоэмоционального состояния, способствовать редукции болевого синдрома.*

***Ключевые слова:** абдоминальный болевой синдром, биоуправление, когнитивно-поведенческая терапия.*

Токарева Александра Александровна – врач психотерапевт Областного психоневрологического диспансера; г. Новосибирск; e-mail: [alexatok@mail.ru](mailto:alexatok@mail.ru).

Несина Ирина Алексеевна – д.м.н., проф. каф. профпатологии и восстановительной медицины НГМУ; e-mail: [nesinairina@ngs.ru](mailto:nesinairina@ngs.ru).

Шубина Ольга Сергеевна – к.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАН, г. Новосибирск; e-mail: [nesinairina@ngs.ru](mailto:nesinairina@ngs.ru).

В структуре многих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, таких как хронический панкреатит, дисфункция сфинктера Одди, неязвенная диспепсия, синдром раздраженной толстой кишки и др., часто ведущее место занимает хронический абдоминальный болевой синдром (ХАБС). Это не только неприятный для больного синдром, ухудшающий качество жизни, но и часть патогенетического "порочного" круга болезни [1,3].

Трудности, а иногда и безуспешность коррекции хронического абдоминального болевого синдрома нередко связаны с фокусировкой лишь на гастроэнтерологических проблемах, когда не принимается во внимание значительный вклад в формирование болевого синдрома и болевого поведения психофизиологического и психосоциального факторов [2,5,10]. Весьма часто клиническая картина ХАБС соответствует соматоформному болевому расстройству. В этом случае психотерапевтическая и психофармакологическая помощь является ведущей [3,9,12].

Следовательно, чрезвычайно актуальным представляется разработка психокоррекционных подходов для профилактики и лечения ХАБС с соматоформным болевым расстройством, оценка эффективности данных программ с учетом оценки психосоматического статуса и качества жизни у данных категорий пациентов.

В последние годы большую популярность в лечении психосоматических расстройств приобрели так называемые биоповеденческие технологии, опирающиеся на принцип биологической обратной связи и сочетающие в себе элементы когнитивно-поведенческой и психорелаксационной терапии [7,8]. В

связи с этим целью исследования явилась оценка эффективности методов биоповеденческой терапии хронического абдоминального болевого синдрома у больных соматоформным болевым расстройством.

## **Материалы и методы**

В исследование включены 59 больных с хроническим абдоминальным болевым синдромом с соматоформными болевыми расстройствами (согласно классификации DSM-IV-TR (2000) [3]) . Данная группа больных представлена пациентами женского пола, в возрастном диапазоне 25-57 лет, находящимися на лечении в отделении гастроэнтерологии Новосибирской областной клинической больницы. Выборка больных носила случайный характер. Получено добровольное согласие пациентов на проведение исследования.

В основную группу вошли 31 пациентка, больным данной группы наряду с комплексным этиопатогенетическим лечением был проведен курс нейробиоуправления состоявший из 10-12 сеансов. Курсы биоуправления проводились в контексте психотерапии, осуществляемой преимущественно в когнитивно-поведенческой модели. Биоповеденческая терапия проводилась с использованием аппаратно-программного комплекса «БОСЛАБ» (ГУ НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, Новосибирск) [4,7,8].

В группе сравнения 28 пациенткам проводились аналогичные медикаментозные программы, без включения метода биоуправления.

Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и нозологическим формам заболевания. В группах больных с соматоформным болевым расстройством преобладали пациенты с синдромом раздраженного кишечника (52,4 % в основной группе и соответственно 50,7% в группе сравнения) и хроническим рецидивирующим панкреатитом в фазе обострения (25,4 % в основной группе и соответственно 26,8 % в группе сравнения) и хроническим

некалькулезным холециститом в фазе обострения (22,6%, 22,5 % соответственно).

Критерии исключения из исследования: отказ больного от участия в исследовании, острые заболевания, эндокринные заболевания, наличие тяжелой сопутствующей патологии, энцефалопатия IV стадии, наличие выраженных психоорганических нарушений.

В динамике лечения проводилась оценка уровня реактивной тревожности и депрессии [6]. Для изучения качества жизни больных использовался опросник – Ноттингемский профиль здоровья [11]. Динамика выраженности болевого синдрома исследовалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

При статистическом анализе были использованы методы проверки гипотез на основе параметрических и непараметрических критериев.

### **Результаты и обсуждение**

До проведения курса биоуправления нами анализировалось качество жизни больных с соматоформным болевым расстройством. В обеих группах отмечено снижение качества по всем шкалам Ноттингемского профиля здоровья, но наиболее существенно по шкалам «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «энергичность» и «сон» (табл.1).

Таким образом, соматоформное болевое расстройство отрицательно влияет на физические, психические и социальные аспекты жизни больных, отдельные стороны повседневной деятельности пациенток данной группы.

Оценка качества жизни в динамике процедур нейробиоуправления показала, что в основной группе больных (табл. 1) отмечено достоверное улучшение качества жизни по шкалам «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции» и «сон». В группе сравнения достоверно качество жизни улучшилось по шкале «болевые ощущения». Выраженность снижения болевого синдрома была более существенная в основной группе (2,1 раза и 1,3 раза соответственно в основной группе и группе сравнения).

По завершению процедур нейробиоуправления улучшился психоэмоциональный статус пациентов основной группы – уровень депрессии по шкале Бека после окончания лечения достоверно снизился с  $24,47 \pm 6,35$  до  $18,45 \pm 4,79$  баллов ( $p < 0,05$ ); уровень реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина также достоверно снизился с  $51,21 \pm 1,98$  до  $43,14 \pm 2,74$  баллов ( $p < 0,05$ ) (табл. 2). В группе сравнения существенного изменения уровней депрессии и реактивной тревожности не отмечено.

Улучшение психоэмоционального статуса и качества жизни больных с соматоформным болевым расстройством после проведения курса нейробиоуправления сопровождалось положительной клинической динамикой (отсутствие болевого синдрома наблюдалось в 90,3 % случаев (28 чел.), явлений диспепсии – 83,9 % случаев (26 чел.).

Более существенно снизилась выраженность болевого синдрома после проведения процедур биоповеденческой терапии (в 4,3 раза снизилась выраженность болевого синдрома в основной группе и в 2,2 раза в группе сравнения по результатам визуально-аналоговой шкалы).

Следовательно, полученные данные в исследовании, свидетельствуют о том, что включение биоповеденческой терапии привело к существенному улучшению клинической симптоматики и психоэмоционального статуса у больных с соматоформным болевым расстройством (достоверное снижение интенсивности боли, уровня депрессии и реактивной тревожности).

Проведенный курс нейробиоуправления оказал положительное влияние на качество жизни пациентов основной группы (достоверное улучшение КЖ по шкалам «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции» и «сон»). Таким образом, применение метода нейробиоуправления можно отнести к методам патогенетического лечения у больных с различными заболеваниями ЖКТ, сопровождающимися соматоформным болевым расстройством.

# NEUROBIOCONTROLLING EFFICIENCY IN PATIENTS WITH SOMATIC PAIN DISORDERS IN CHRONIC ABDOMINAL PAIN SYNDROME

A.A. Tokareva, I.A. Nesina, O.S. Shubina<sup>1</sup>

Research institute of molecular biology and biophysics  
Novosibirsk state medical university

**Abstract.** We studied efficiency of biobehavior program during combine treatment of chronic abdominal pain syndrome. Fifty nine female patients with gastrointestinal disorders were studied. Thirty one with somatic pain disorder had neurobiocontrolling course. Bio controlling technology was added to combine treatment of psychogenic abdominal pain syndrome and increased treatment efficiency, induced positive changes in psycho emotional status, reduced pain syndrome.

**Key words:** abdominal pain syndrome, bio controlling, cognitive and behavioral therapy.

## Литература

1. Аведисова А.С., Собчик Л.Н., Протасенко Т.В. Индивидуально-личностные особенности больных с хроническим болевым синдромом // Рос. психиатр. журн. – М., 2003. – № 5. – С. 18-21.
2. Аверсина Н.А., Филатова Е.Г. Психологические факторы при хронической боли// Журн. невролог. и психиатрии. – 2000. – №12. – С. 21-27.
3. Бениашвили А.Г., Морозова М.А. Клиника и диагностика соматоформных расстройств в общемедицинской практике // Кремлевская медицина. Клинический вестн. – 2001. – №3. – С. 62-65.
4. Захарова В.В., Бахтина И.А., Трофимов О.Е. и др. Полифункциональное биоуправление как метод лечения

психосоматических заболеваний// Биоуправление в медицине и спорте. – Омск. – 2001. – С. 18-20.

5. Полуэктова Е.А. Боль в животе при функциональных расстройствах кишечника // Клинич. перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. – 2001. – №2. – С. 27-33.

6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. - Самара: Издательский дом "Бахрах. – М", 2008. – 672 с.

7. Скок А.Б., Шубина О.С., Джафарова О.А. и др. Электроэнцефалографическое биоуправление (альфа-тета тренинг для лечения и реабилитации аддиктивных состояний (патологических пристрастий) и депрессий / Методические указания № 99/174. – Новосибирск, 2000. – 34 с.

8. Шубина О.С., Захарова В.В. Биоуправление: методы биоуправления в лечении стресс-зависимых заболеваний. Температурно-миографический тренинг / Методическое руководство. – М., 2002. – 18 с.

9. Blanchard E.B., Schwarz S.P, .Neff D.F. et al. Prediction of outcomes from the self-regulatory treatment of irritable bowl syndrome // Behaviour research therapy. – 2001. – №26. – P.187-190.

10. Drossman D.A., Whitehead W.E., Toner B.B. et al. What determines severity among patients with painful functional bowel disorders? // Am. journal of gastroenterology. – 2000. – Vol. 95, № 4. – P.974-980.

11. Hunt S.M., McKenna S.P., McEwen J. The Nottingham Health Profile. – UK: Galen Research & Consultancy, 1991. – 117 p.

12. Toner B.B., Segal Z.V., Emmott S. Et al. Cognitive-behavioral treatment of irritable bowl syndrome. – NY, Guilford Press, 2000. – 300 p.