

ЦВЕТОВОЙ ВЫБОР В ОЦЕНКЕ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Елена Николаевна Силантьева

*Кафедра терапевтической и детской стоматологии и ортодонтии (зав. — проф. В.Ю. Хитров)
Казанской государственной медицинской академии, e-mail: elenaSilantjeva@mail.ru*

Реферат

У пациентов с вертеброгенным миофасциальным болевым синдромом челюстно-лицевой области проведена оценка боли с использованием цветового выбора. Выявлена достоверная связь между интенсивностью болевых ощущений и предпочтением/неприятием цвета.

Ключевые слова: миофасциальный болевой синдром челюстно-лицевой области, оценка боли, цвет, предпочтение, неприятие.

Миофасциальный болевой синдром челюстно-лицевой области является распространенной и многофакторной патологией в практической деятельности врача-стоматолога, встречающейся в 70–89% случаев среди взрослого населения [16]. Причины возникновения заболевания различны — окклюзионные нарушения [4, 21], мышечная дисфункция [15, 17], травмы челюстно-лицевой области [24, 26], эндокринный дисбаланс [13, 20], стресс [14, 22, 25] и др. В настоящее время все большее подтверждение находит вертеброгенная теория миофасциального болевого синдрома челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) [5, 10, 12, 18, 19]. Заболевание возникает и развивается в результате нарушения нейромышечного механизма, контролирующего и осуществляющего гармоничные движения нижней челюсти [17]. Для появления боли необходим не один этиологический фактор, например, пониженный прикус, а комплекс неблагоприятных факторов, предрасположенность человека к развитию болезненного спазма жевательных мышц. Чаще всего это наблюдается у лиц беспокойных, вспыльчивых, психически неуравновешенных. Как правило, боль возникает в результате спазма жевательных мышц и носит функциональный, мышечно-фасциальный характер [6, 16, 17, 27–29].

Оценка боли и ее измерение являются крайне сложной проблемой во всех областях медицины. Это связано с тем, что па-

циенты по-разному воспринимают боль, сообщают о ее локализации, характере и продолжительности [1, 3]. Такие состояния, как депрессия, страх, возбуждение способны спровоцировать или усилить боль. Кроме того, пациенты не всегда адекватно могут относиться к своей болезни: одни из них часто недооценивают тяжесть своего состояния, другие, наоборот, преувеличивают свои боли. Затруднения, возникающие у пациентов при описании боли иногда усложняют постановку диагноза и выбор методов лечения, особенно если лицевая боль имеет психогенный характер.

Новым подходом к оценке боли является использование невербального символа — цвета. Литературные данные свидетельствуют об особенностях и закономерностях влияния цвета на психофизиологические функции и эмоции человека, и наоборот — выявлено изменение восприятия цвета в зависимости от психофизиологического и эмоционального состояния [3, 22].

Под наблюдением находился 181 больной с вертеброгенным миофасциальным болевым синдромом челюстно-лицевой области (МБС ЧЛЮ): мужчин — 22, женщин — 159 в возрасте от 15 до 55 лет. Пациенты МБС ЧЛЮ в зависимости от клинических проявлений шейного остеохондроза (ШОХ) были подразделены на две группы: 1-я — 99 больных (15 мужчин и 84 женщины, возраст — от 15 до 36 лет) с цервикалгией или цервикобрахиалгией с дисфиксационным механизмом поражения позвоночно-двигательного сегмента, мышечно-дистоническими проявлениями ШОХ, 2-я — 82 пациента с МБС ЧЛЮ (возраст — от 25 до 55 лет) с цервикалгией или цервикобрахиалгией, преобладанием дисциркуляторного механизма поражения позвоночно-двигательного сегмента, вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ.

Оценку боли проводили применяя мно-

Таблица 1

Частота предпочтения цвета в зависимости от интенсивности болевых ощущений у пациентов МБС ЧЛО с мышечно-тоническими проявлениями ШОХ

| Шкалы интенсивности боли | | Цветовой выбор (в %/абс.) | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|----------|----------|----------|------------|------------|----------|----------|
| | | синий | зеленый | красный | желтый | фиолетовый | коричневый | черный | серый |
| 0 | Нет боли | 5,3/31 | 27,9/163 | 4,6/27 | 52,2/304 | 4,1/24 | 1,2/7 | 1,8/10 | 2,9/17 |
| 1 | Очень слабая | 3,8/22 | 13,8/80 | 2,4/14 | 14,9/87 | 7,7/45 | 3,8/22 | 3,6/21 | 50,0/292 |
| 2 | Слабая | 8,6/50 | 21,4/125 | 0/0 | 8,6/ 50 | 15,4/90 | 13,7/80 | 5,7/33 | 26,6/153 |
| 3 | Средняя | 8,5/49 | 9,9/58 | 16,1/94 | 2,4/14 | 15,9/93 | 17,0/99 | 10,0/58 | 20,2/118 |
| 4 | Сильная | 7,7/45 | 1,7/10 | 17,8/04 | 1,04/ 6 | 6,3/37 | 23,7/138 | 15,6/91 | 26,1/152 |
| 5 | Очень сильная | 1,5/9 | 0/0 | 17,1/100 | 0/0 | 5,2/30 | 10,8/63 | 41,5/242 | 23,9/139 |
| 6 | Невыносимая | 1,1/6 | 0/0 | 10,1/59 | 0/0 | 1,8/11 | 1,9/11 | 64,6/377 | 20,5/120 |

гомерный вербально-цветовой тест [2, 3]. Тест позволяет количественно (в баллах) оценивать болевые ощущения по 6 шкалам (1-я – частота боли; 2-я – длительность боли; 3-я – интенсивность боли; 4-я – сенсорное восприятие боли; 5-я – эмоциональное отношение к боли; 7-я – шкала модальностей). По итогам тестирования была получена интегральная оценка болевого ощущения.

Процедура исследования состояла из выбора пациентами слов-дескрипторов, описывающих сенсорный (например, «ноющая», «ломающая» и т.д.) и эмоциональный (например, «надоедливая», «раздражающая» и т.д.) характер боли; их оценки по визуально-цифровой шкале (от 0 – «боли нет» до 6 баллов – «боль невыносимая»), двух выборов цвета – предпочтения и неприятия цвета в зависимости от интенсивности боли. Выборы неприятия цвета по инструкции понимались пациентами как ассоциации цвета с состоянием «этой боли нет».

Статистическую обработку материалов производили с вычислением средних значений, стандартных отклонений, стандартной ошибки средних значений. Достоверность различий средних сравниваемых величин определялась по t-критерию Стьюдента с применением компьютерных программ описательной статистики Windows XP. Результат оценивался как достоверный при $p < 0,05$.

Сравнение болевых ощущений по шкалам многомерного вербально-цветового болевого теста у лиц МБС ЧЛО с различными клиническими проявлениями ШОХ выявило наличие разницы по 1, 3, 4, 5, 7-й шкалам ($p < 0,05$) и недостоверной разницы по 2-й шкале ($p > 0,05$). Следовательно, боле-

вой симптом у пациентов с вертеброгенным МБС ЧЛО находится в зависимости от клинических проявлений ШОХ.

По 3-й вербально-цветовой рейтинговой шкале многомерного вербально-цветового болевого теста среднее значение интенсивности болевых ощущений в группе пациентов с мышечно-тоническими проявлениями ШОХ составило $2,92 \pm 0,06$ балла, в группе лиц с вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ – $3,52 \pm 0,13$ ($t = 4,20$; $p < 0,05$).

С помощью 3-й вербально-цветовой рейтинговой шкалы также были получены данные о частоте выбора цвета в зависимости от интенсивности болевых ощущений: у пациентов 1-й группы цвета предпочтения – 583 выбора, цвета неприятия – 617 выборов; у больных 2-й группы – соответственно 412 и 512.

При описании интенсивности болей у лиц МБС ЧЛО с мышечно-тоническими проявлениями ШОХ выявлено (табл. 1), что невыносимую боль пациенты «окрашивают» в черный цвет в 64,6% выборов, очень сильную – в черный (41,5%), серый (23,9%), красный (17,1%), сильную – в серый (26,1%), коричневый (23,7%), средней силы – в коричневый (20,2%), слабую – в серый (26,6%), очень слабую – в серый (50,0%) и зеленый (21,4%) цвета, отсутствие боли – в желтый (52,2%), зеленый (27,9%).

Проведенное исследование позволило установить, что пациенты МБС ЧЛО с вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ при цветовом выборе по предпочтению чаще всего «окрашивают» невыносимую боль в 60,9% выборов в черный цвет, очень сильную боль в 39,1% – в черный, в 30,8% – в серый, в 14,3% – в красный, сильную в 38,6% – в красный, средней силы боль в 29,6% – в серый, в 17,2% – в коричне-

Таблица 2

Частота предпочтения цвета в зависимости от интенсивности болевых ощущений у пациентов с МБС ЧЛО с вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ

| Шкалы интенсивности боли | | Цветовой выбор (в %/абс.) | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|----------|----------|----------|------------|------------|----------|-----------|
| | | синий | зеленый | красный | желтый | фиолетовый | коричневый | черный | серый |
| 0 | Нет боли | 7,1/29 | 31,4/130 | 3,64/15 | 48,6/200 | 2,9/9 | 1,22/5 | 3,5/14 | 2,48/10 |
| 1 | Очень слабая | 16,9/70 | 19,4/80 | 0/0 | 7,2/30 | 51,8/213 | 0/0 | 0/0 | 4,7/19 |
| 2 | Слабая | 5,56/23 | 11,2/46 | 16,3/70 | 5,56/23 | 36,4/150 | 11,2/46 | 0% (0) | 13,8 (54) |
| 3 | Средняя | 10,5/43 | 12,1/50 | 12,1/50 | 2,6/11 | 15,2/62 | 17,2/71 | 12,1/50 | 18,2/75 |
| 4 | Сильная | 2,9/12 | 5,3/22 | 34,4/142 | 4,2/17 | 12,6/52 | 13,4/55 | 9,5/39 | 17,7/73 |
| 5 | Очень сильная | 2,4/10 | 0/0 | 15,3/63 | 0/0 | 7,3/30 | 8,1/33 | 38,1/157 | 28,8/119 |
| 6 | Невыносимая | 1,0/4 | 0/0 | 7,1/29 | 0/0 | 2,4/10 | 2,4/10 | 61,9/255 | 25,2/104 |

вый, в 17,2% – в фиолетовый, мимолетную и слабую боль соответственно в 56,8% и 36,4% выборов – в основном в фиолетовый цвет (табл. 2).

На основании данных цветового выбора была представлена цветовая шкала восприятия боли в зависимости от их интенсивности для боли при МБС ЧЛО с мышечно-тоническими и вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ (табл. 3).

У пациентов двух групп были получены данные о частоте предпочтения и неприятия цвета в зависимости от интенсивности болевых ощущений, выявившие достоверные различия этих цветовых выборов (табл. 4).

При описании состояния «боли нет» пациенты двух групп предпочтение отда-

Вывявленные расхождения в цветовом восприятии боли отражают значительные различия в их болевом поведенческом паттерне. Так, у пациентов МБС с мышечно-тоническими проявлениями ШОХ слабые боли вызывают попытку оградить себя от лишних раздражителей, создать себе зону наибольшего комфорта, а у лиц с преобладанием вегетативно-ирритативных проявлений ШОХ провоцируют в поведении эмоциональную лабильность, раздражительность, эмоциональное напряжение. При болях средней силы для двух групп характерен сходный цветовой выбор (серый, коричневый, фиолетовый/красный), что вызывает состояние напряженности, усталости, плохое самочувствие, утрату привычного жизненного стереотипа, тревогу.

Таблица 3

Цветовая шкала восприятия боли (выбор цвета в зависимости от интенсивности болевых ощущений) у пациентов МБС ЧЛО с мышечно-тоническими и вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ

| Интенсивность болевых ощущений | Баллы | Предпочитаемый выбор цвета | |
|--------------------------------|-------|----------------------------|-------------------------------|
| | | 1-я группа | 2-я группа |
| Отсутствие | 0 | желтый, зеленый | желтый, зеленый |
| Очень слабая | 1 | серый, желтый | фиолетовый |
| Слабая | 2 | серый, зеленый | фиолетовый |
| Средней силы | 3 | серый, коричневый, красный | серый, коричневый, фиолетовый |
| Сильная | 4 | серый, коричневый, красный | красный, серый |
| Очень сильная | 5 | черный, серый, красный | черный, серый, красный |
| Невыносимая | 6 | черный | серый, серый |

вали желтому (52,2% и 48,6%) и зеленому (27,9% и 31,94%) цветам ($p > 0,5$).

Очень слабая и слабая боль у лиц 1-й группы ассоциировалась с серым (50,0%), желтым (14,9%), зеленым (13,8%) цветами, а у пациентов с вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ предпочитаемым цветом чаще был фиолетовый (51,8%), зеленый (19,4%) и синий (16,9%) ($p < 0,05$).

Сильная боль у пациентов МБС ЧЛО с мышечно-тоническими проявлениями ШОХ связана с выбором серого (26,1%), коричневого (23,7%), красного (17,86%) цветов, у лиц МБС ЧЛО с преобладанием вегетативно-ирритативных проявлений ШОХ – красного (34,4%) и серого (17,7%) цветов ($p < 0,05$). У лиц 1-й группы усиливаются депрессивный компонент в

Таблица 4

Сравнение частоты предпочтения цвета (%) зависимости от интенсивности болевых ощущений у пациентов МБС
ЧЛЮ с клинически значимым ШОХ

| Шкалы интенсивности боли | | Мышечно-тонические проявления | Вегетативно-ирритативные проявления | t | p |
|--------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------|------|-------|
| 0 | Отсутствие | синий - 5,3±1,01 | синий - 7,1±1,27 | 1,15 | >0,05 |
| | | зеленый - 27,9±1,86 | зеленый - 31,4±2,29 | 1,19 | >0,05 |
| | | красный - 4,6±0,87 | красный - 3,64±0,92 | 0,77 | >0,05 |
| | | желтый - 52,2±2,07 | желтый - 48,6±2,46 | 1,19 | >0,05 |
| | | фиолетовый - 4,1±0,82 | фиолетовый - 2,1±0,71 | 1,85 | >0,05 |
| | | коричневый - 1,2±0,37 | коричневый - 1,22±0,54 | 0,03 | >0,05 |
| | | черный - 1,8±0,55 | черный - 3,5±0,91 | 1,59 | >0,05 |
| | | серый - 2,9±0,69 | серый - 2,48±0,77 | 0,41 | >0,05 |
| 1 | Очень слабая | синий - 3,8±0,79 | синий - 16,9±1,85 | 3,24 | <0,05 |
| | | зеленый - 13,8±1,43 | зеленый - 19,4±1,95 | 2,31 | <0,05 |
| | | красный - 2,40±0,63 | красный - 0±0,0 | 3,81 | <0,05 |
| | | желтый - 14,9±1,47 | желтый - 7,2±1,27 | 3,97 | <0,05 |
| | | фиолетовый - 7,7±1,10 | фиолетовый - 51,8±2,46 | 17,3 | <0,05 |
| | | коричневый - 3,8±0,79 | коричневый - 0±0,0 | 4,81 | <0,05 |
| | | черный - 3,6±0,77 | черный - 0±0,0 | 4,67 | <0,05 |
| | | серый - 50,0±2,07 | серый - 4,7±1,04 | 19,5 | <0,05 |
| 2 | Слабая | синий - 8,6±1,16 | синий - 5,56±1,13 | 1,88 | >0,05 |
| | | зеленый - 21,4±1,7 | зеленый - 11,2±1,55 | 4,43 | <0,05 |
| | | красный - 0±0,0 | красный - 16,9±1,85 | 9,14 | <0,05 |
| | | желтый - 8,6±1,16 | желтый - 5,56±1,13 | 1,88 | >0,05 |
| | | фиолетовый - 15,4±1,49 | фиолетовый - 36,4±2,37 | 7,50 | <0,05 |
| | | коричневый - 13,7±1,42 | коричневый - 11,2±1,55 | 1,19 | >0,05 |
| | | черный - 5,7±0,96 | черный - 0±0,0 | 5,94 | <0,05 |
| | | серый - 26,6±1,83 | серый - 13,8±1,67 | 5,41 | <0,05 |
| 3 | Средней силы | синий - 8,5±1,16 | синий - 10,5±1,51 | 1,05 | >0,05 |
| | | зеленый - 9,9±1,24 | зеленый - 12,1±1,61 | 1,08 | >0,05 |
| | | красный - 16,1±1,52 | красный - 12,1±1,61 | 1,72 | >0,05 |
| | | желтый - 2,4±0,63 | желтый - 2,6±0,78 | 0,20 | >0,05 |
| | | фиолетовый - 15,9±1,51 | фиолетовый - 15,2±1,77 | 0,76 | >0,05 |
| | | коричневый - 17,0±1,56 | коричневый - 17,2±1,06 | 1,20 | >0,05 |
| | | черный - 10,0±1,24 | черный - 12,1±1,61 | 1,03 | >0,05 |
| | | серый - 20,2±1,66 | серый - 18,8±1,1 | 1,10 | >0,05 |
| 4 | Сильная | синий - 7,7±1,1 | синий - 2,9±0,83 | 3,48 | <0,05 |
| | | зеленый - 1,7±0,54 | зеленый - 5,3±1,1 | 3,09 | <0,05 |
| | | красный - 17,86±1,59 | красный - 34,4±2,34 | 5,84 | <0,05 |
| | | желтый - 1,04±0,42 | желтый - 4,20±0,99 | 2,93 | <0,05 |
| | | фиолетовый - 6,3±1,01 | фиолетовый - 12,6±1,63 | 3,28 | <0,05 |
| | | коричневый - 23,7±1,76 | коричневый - 13,4±1,6 | 4,24 | <0,05 |
| | | черный - 15,6±1,50 | черный - 9,5±1,44 | 2,93 | <0,05 |
| | | серый - 26,1±1,86 | серый - 17,7±1,88 | 3,23 | <0,05 |
| 5 | Очень сильная | синий - 1,5±0,50 | синий - 2,4±0,75 | 1,0 | >0,05 |
| | | зеленый - 0±0,0 | зеленый - 0±0,0 | 0,0 | >0,05 |
| | | красный - 17,1±1,29 | красный - 15,3±1,77 | 0,83 | >0,05 |
| | | желтый - 0±0,0 | желтый - 0±0,0 | 0,0 | >0,05 |
| | | фиолетовый - 5,2±0,92 | фиолетовый - 7,3±1,28 | 1,34 | >0,05 |
| | | коричневый - 10,8±1,29 | коричневый - 8,1±1,27 | 1,49 | >0,05 |
| | | черный - 41,5±2,04 | черный - 38,1±2,39 | 1,08 | >0,05 |
| | | серый - 23,9±1,77 | серый - 28,8±2,23 | 1,67 | >0,05 |
| 6 | Невыносимая | синий - 1,1±0,43 | синий - 1,0±0,49 | 0,15 | >0,05 |
| | | зеленый - 0±0,0 | зеленый - 0±0,0 | 0,0 | >0,05 |
| | | красный - 10,1±1,25 | красный - 7,1±1,27 | 1,69 | >0,05 |
| | | желтый - 0±0,0 | желтый - 0±0,0 | 0,0 | >0,05 |
| | | фиолетовый - 1,8±0,55 | фиолетовый - 2,4±0,75 | 0,53 | >0,05 |
| | | коричневый - 1,9±0,57 | коричневый - 2,4±0,75 | 0,65 | >0,05 |
| | | черный - 64,6±1,98 | черный - 61,9±2,40 | 0,9 | >0,05 |
| | | серый - 20,5±1,67 | серый - 25,2±2,14 | 1,26 | >0,05 |

поведении, возрастает раздражительная слабость, выраженный физиологический дискомфорт, тревога. У лиц с вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ провоцируются агрессивность, раздражительность, чувство бессилия, эмоциональное напряжение, появление психосоматических тенденций в поведении больных.

При очень сильной боли в 1-й группе предпочитали черный (41,5%), серый (23,9%), красный (17,1%) цвета; пациенты с вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ — также черный (38,1%), серый (28,8%), красный (15,3%); $p > 0,05$.

Невыносимая боль усиливает тенденцию предпочтения черного цвета для двух групп: в 1-й — черный (64,6%), у лиц с вегетативно-ирритативными проявлениями ШОХ — черный (61,9%), серый — соответственно 20,5% и 25,2% ($p > 0,05$), провоцирует страх, тревогу, депрессию, попытку оградить себя от внешних раздражителей, высокую степень астенизации, поиск и потребность в защите [7-9].

Статистический анализ данных позволяет сделать вывод о том, что у пациентов двух групп цветовые выборы различаются в трех точках шкалы оценки интенсивности боли — очень слабая, слабая и сильная боль ($p < 0,05$). Для каждой группы с небольшой долей вариации в выборе цвета характерны основные предпочтения: очень сильная и невыносимая боль ассоциируется с черным цветом, средней силы и сильная — с серым, красным, коричневым цветами, отсутствие болей — с желтым, зелеными цветами.

Таким образом, проведенные исследования пациентов МБС ЧЛЮ с клинически значимым ШОХ позволяют сделать вывод о достоверной связи у них между предпочтением/неприятием цвета и интенсивностью болевых ощущений, о различии цветовых выборов в зависимости от интенсивности болевых ощущений, высоком уровне эмоциональной лабильности, тревожности, депрессии, возможно, требующих отдельной терапевтической коррекции. Полученные данные о различии цветовых предпочтений в зависимости от интенсивности болевых ощущений у пациентов МБС ЧЛЮ согласуются с результатами исследований [11, 22] о предпочтении цвета в связи с изменением функционального состояния вегета-

тивной нервной системы. Следовательно, цветовой выбор может быть использован как способ оценки боли у пациентов вертеброгенным миофасциальным болевым синдромом ЧЛЮ и косвенно свидетельствовать об изменении функционального состояния вегетативной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашинская Г.А. Цветовой выбор как метод оценки боли у пациентов с различными формами болевого синдрома: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2003. — 23 с.
2. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е. Многомерный вербально-цветовой болевой тест: пособие для врачей. — М.: ФНКЭЦ ТМДЛ МЗ РФ, 2004
3. Адашинская Г.А., Ениколов С.Н., Мейзеров Е.Е. Боль и цвет // Психолог. журн. — 2005, Т. 26. — № 3. — С. 74-80.
4. Баданин В.В. Нарушение окклюзии — основной этиологический фактор в возникновении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. — 2000. — № 1. — С. 51-54.
5. Бугровецкая О.Г. Постуральный дисбаланс в патогенезе прозопагий. Саногенетическое значение мануальной терапии при нейростоматологических заболеваний: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006. — 25 с.
6. Вязьмин А.Я., Пузин М.Н., Петров Е.А., Хубиев Х.М. Магнитолазерная терапия в комплексном лечении больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Рос. стомат. журнал. — 2000. — № 5. — С. 28-29.
7. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест: Практик. пособие. — Минск: Харвест, М., 2000. — 448 с.
8. Клар Г. Тест Люшера. Психологическая характеристика восьми цветов/Магия цвета. — Минск: Харвест АСТ, 1996. — С. 3-43.
9. Люшер М. Четырехцветный человек / Магия цвета. — Харьков: Харвест АСТ, 1996. — 173 с.
10. Михайлов М.К., Хитров В.Ю., Силантьева Е.Н. Миофасциальный болевой дисфункциональный синдром при шейном остеохондрозе. — Казань: Чара, 1997. — 128 с.
11. Петренко В.Ф., Кучеренко В.В. Взаимосвязь эмоций и цвета // Вестн. Моск. ун-та, сер. 14. Психология. — 1988. — № 3. — С. 70-82.
12. Петров Е.А. Комплексное лечение больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и остеохондрозом позвоночника: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2003. — 24с.
13. Писаревский Ю.Л. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин (клиника, диагностика, лечение)/Ю.Л. Писаревский, В.М. Семенюк, Б.С. Хышиктуев, Т.Е. Белокриницкая. — М: Мед. книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 105 с.
14. Пономарев А.В. Диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Самара, 2004. — 24 с.
15. Пузин М.Н. Лицевая боль. — М.: Изво Рос. ун-та Дружбы народов, 1992. — 307 с.

16. Пузин М.Н., Шубина О.С., Марулиди Р.Г. Биоповеденческая терапия расстройства височно-нижнечелюстного сустава // Рос. стомат. журн. — 2001. — № 1. — С.33-37.

17. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава/М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин — М.: Медицина, 2002. — 160 с.

18. Силантьева Е.Н. Миофасциальный болевой дисфункциональный синдром у больных с шейным остеохондрозом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1995. — 22с.

19. Страндстрем И.М. Клинические и патофизиологические особенности синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 22с.

20. Фоминых С.В., Хышиктубев Б.С., Максименя М.В. Клинико-лабораторные параллели у девушек с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава //Клинич. лабор. диагн. — 2003. — № 9. — С. 48.

21. Турбина Л.Г., Гришина Н.В. Диагностика и патогенетическое лечение миофасциального болевого дисфункционального синдрома лица // Рос. стомат. журн. — 2001. — № 5. — С.35-37.

22. Янышин П.В. Введение в психосемантику цвета: (учеб. пособ.). — Самара: Изд-во СамГТУ, 2000. — 200 с.

23. Auerbach S.M., Laskin D.M., Frantsve L.M., Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patient // J. Oral. Maxillofac. Surg. — 2001. — Vol. 59(6). — P. 628-633; discussion 634.

24. Greco C.M., Rudy T.E., Turk D.C., Herlich A., Zaki H.H. Traumatic onset of temporomandibular disorders: positive effects of a standardized conservative treatment program //Clin. Pain J. — 1997. — Vol. 13(4). — P. 337-347.

25. Gundel H., Ladwig K.H., Wolowski A. A. et al. Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms // Schmerz. — 2002. — Vol.(4). — P. 285-293.

26. Huang G.J., Le Resche L., Critchlow C.W. et al. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMDt) //J. Dent. Res. — 2002. — Vol. 81(4). — P. 284-288.

27. Lobbezoo F., van der Zaag J., Visscher C.M. et al. Multidisciplinary diagnosis and treatment of craniomandibular disorders //Ned. Tijdschr Tandheelkd. — 2000. — Vol. 107(11). — P. 471-475.

28. Romagnoli M., Landi N., Manfredini D. et al. Early interception of skeletal-dental factors predisposing to temporomandibular disorders during child development //Minerva Pediatr. — 2003. — Vol. 55(1). — P. 15-22.

29. Saheeb B.D., Otakpor A.N. Co-morbid psychiatric disorders in Nigerian patients suffering temporomandibular joint pain and dysfunction //Niger J. Clin. Pract. — 2005. — Vol. 8(1). — P. 23-28.

Поступила 29.05.08.

COLOR CHOICE IN EVALUATION OF PAIN IN PATIENTS WITH VERTEBROGENIC MYOFASCIAL PAIN SYNDROME OF THE MAXILLOFACIAL REGION

E.N. Silant'eva

Summary

Evaluation of pain intensity using a color choice was carried out in patients with vertebroprogenic myofascial pain syndrome of the maxillofacial region. Revealed was a significant correlation between the intensity of pain and preference/rejection of a color.

УДК 616.5-08

ИРРАДИКАЦИЯ BLASTOCYSTIS HOMINIS В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Алексей Сергеевич Нестеров, Наталия Иосифовна Потатуркина-Нестерова

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав. — проф. Н.И. Потатуркина-Нестерова)

Ульяновского государственного университета, e-mail: nesterov-alex@mail.ru

Реферат

Исследовано влияние на кожный процесс простейших *B. hominis*, паразитирующих в толстом отделе кишечника. Проведена оценка влияния на выраженность и тяжесть хронических кожных заболеваний инвазии бластоцистами. Предложен метод комплексной терапии дерматозов с включением в схему препаратов антипротозойного действия.

Ключевые слова: дисбиоз, бластоцисты, дерматозы.

В последние годы активно обсуждается роль простейших *Blastocystis hominis* в патологии человека [1]. Ранее считалось, что они обладают условно-патогенной активностью, в то же время у практически

здоровых лиц *Blastocystis hominis* выявляется лишь в 5% случаев. В настоящее время имеется достаточное количество эпидемиологических и клинических данных, а также лабораторных исследований, подтверждающих этиологическую и патогенетическую роль *B. hominis* в патологии человека. Поэтому правомочно применять термин «бластоцистоз» для обозначения самостоятельной нозологической формы инфекционного заболевания, вызываемого *B. hominis*. В развитии бластоцистной инфекции существенную роль играет резистентность макроорганизма.