

**Кекелидзе Давид Зурабович**

**Психические расстройства у больных  
с соматически необъяснимыми симптомами  
в челюстно-лицевой области**

3.1.17 – Психиатрия и наркология  
(медицинские науки)

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, Шмилович Андрей Аркадьевич.

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации Ромасенко Любовь Владимировна – научный консультант ООО «Уника».

доктор медицинских наук, профессор Самушия Марина Антиповна – проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации.

**Ведущее учреждение:** Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва.

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. в \_\_ на заседании диссертационного совета 21.1.020.01 в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте организации:

<https://serbsky.ru/>

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

М.В. Гиленко

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность и степень разработанности исследования

Состояния, характеризующиеся наличием соматических жалоб при отсутствии органической патологии, являются широко распространенной проблемой в общей и специализированной медицинской сети. Для обозначения вышеописанных клинических случаев используется существенное количество различных синонимичных терминов, однако наиболее прижились такие, как медицински необъяснимые симптомы (МНС), функциональные соматические синдромы, соматически необъяснимые симптомы (СНС) и соматоформные расстройства (Kellner R., 1992; Mayou R., 1993; Mayou R. et al., 1995; McCrimmon R.J., 1996; Deary I.J., 1999; Nimnuan C., Rabe-Hesketh S., Wessely S., Hotopf M., 2001). Одновременно с этим врачи разных медицинских специальностей ввели специфические терминологические обозначения соматически необъяснимых симптомов, встречающихся в их клинической практике (Wessely S. et al., 1999).

Успешная диагностика и терапия психосоматических, соматоформных, функциональных расстройств, являющихся фасадом психических нарушений, требует интегративного и междисциплинарного подхода (Палеев Н.Р., Краснов В.Н., 2009; Ромасенко Л.В., Ренемане Л., 2013; Краснов В.Н., Палеев Н.Р., 2014; Савков В.С., Князева Г.В., 2018; Ромасенко Л.В., Вандыш-Бубко В.В., Никитин С.С., 2019; Ромасенко Л.В., Махов В.М., Чичкова Н.В., 2019).

По данным различных авторов результаты статистических исследований распространенности соматически необъяснимых симптомов в общей медицинской сети существенно различаются: от 1,5% до 48% (Wancata J. et al., 1996; Arolt V. et al., 1997; Peveler R. et al., 1997; Nimnuan C., Hotopf M., Wessely S., 2001; Khan A.A. et al., 2003; Fink P. et al., 2004; Steinbrecher N. et al., 2011; Haller H. et al., 2015). Такой значительный разброс статистических данных очевидно связан с существенными различиями типологии и критериев диагностики СНС в разных медицинских школах.

Исследователи в области непсихиатрических медицинских специальностей возникновения и развитие соматически необъяснимых симптомов/соматоформных расстройств часто связывают с различными соматическими нарушениями в виде дисбаланса гормонального фона, расстройств автономной (вегетативной) нервной системы, общей сенсбилизации организма и иммунной системы, а иногда выделяют эти расстройства в качестве самостоятельной нозологической единицы (Nimnuan C., Rabe-Hesketh S., Wessely S., Hotopf M., 2001; De Gucht V., Fischler B., 2002; Hotopf M., 2004; De Gucht V., Maes S., 2006; Van Ravenzwaaij J. et al., 2010).

Ряд авторов приходит к выводу, что психические расстройства могут проявляться в виде различных соматических манифестаций, таких как соматоформные, конверсионные и соматизированные расстройства (Lloyd G.G., 1986; Lipowski Z.J., 1987, 1988; Hurwitz T.A., 2004). В этих случаях упоминается в основном спектр депрессивных и тревожных расстройств (Lieb R. et al., 2007; Dijkstra-Kersten S.M.A. et al., 2015).

Соматически необъяснимые симптомы широко распространены в стоматологической и челюстно-лицевой хирургической практике и представлены большой клинической вариацией различных соматоформных жалоб и симптомов (Матвеев В.Ф., Климов Б.А., 1990; Фофанова Ю.С., Фролова В.И., Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., 2016; De Jongh A., 2003; Brodine A.H., Hartshorn M.A., 2004; Kandagal S.V. et al., 2011/2012; Shamim T., 2012, 2014; Kumar N.N. et al., 2016; Toyofuku A., 2016; Kalkur C. et al., 2019; Umemura E. et al., 2019; Pop-Jordanova N., Loleska S., 2020).

Отечественные и зарубежные авторы в проводимых исследованиях в основном освещают «синдром жжения рта» (Рединова Т.Л. и соавт., 2014; Саперкин Н.В., Тиунова Н.В., Сергеева А.В., 2017; Корешкина М.И., 2018; Фокина Н.М., Шавловская О.А., 2019; Пархоменко Е.В., Лунев К.В., Сорокина Е.А., 2020; Смулевич А.Б. и соавт., 2021; Терещенко А.В., Джапуева А.Я., 2021; Bergdahl M., Bergdahl J., 1999; Grushka M. et al., 2002; Toyofuku A., 2016).

Немалое количество статей посвящено и различным атипичным, идиопатическим болевым расстройствам (Вознесенская Т.Г., Вейн А.М., 2000; Карлов В.А., 2010; Данилов А.Б., 2012; Максимова М.Ю. и соавт., 2014; Медведев В.Э., Фофанова Ю.С., Фролова В.И., 2015; Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Просычева О.О., 2016; Юзбашян П.Г. и соавт., 2021; Rees R.T., Harris M., 1979; Bates R.E. Jr., Stewart C.M., 1991; Vaad-Hansen L., 2008).

Представленные в литературе классификации соматически необъяснимых симптомов, реализующихся в челюстно-лицевой области, в большинстве случаев дублируют друг друга и, по сути, описывают отдельные варианты симптомов без их психопатологической и нозологической принадлежности. В большинстве проводимых исследований психический статус пациентов в основном оценивается с помощью психометрических шкал (ориентированных на выявление тревожно-депрессивных расстройств), однако без психиатрической клинической консультации пациентов. Соответственно, выявляемые соматически необъяснимые симптомы остаются без должной психопатологической квалификации.

### **Цель исследования**

Выявление спектра психических расстройств у пациентов с соматически необъяснимыми симптомами в челюстно-лицевой области для определения их синдромально-нозологической принадлежности.

### **Задачи исследования**

1. Оценка психического статуса пациентов с СНС, определение синдромально-нозологической принадлежности различных вариантов СНС.
2. Определение клинико-динамических характеристик СНС, создание психопатологической классификации СНС.
3. Разработка критериев дифференциальной диагностики СНС.

4. Оценка значимости преморбидных личностных особенностей в формировании клиники СНС.

5. Определение клинического содержания феномена «жжения рта» (игниопатия), описав для него синдромальные и нозологические критерии.

### **Научная новизна и теоретическая значимость исследования**

Научная новизна и теоретическая значимость проведенного исследования заключается в том, что в обследовании пациентов с соматически необъяснимыми симптомами использовался междисциплинарный подход с первичной консультацией врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов и дальнейшей психопатологической и психометрической оценкой их психического статуса.

Впервые соматически необъяснимым симптомам, локализованным в челюстно-лицевой области и ротовой полости, была дана тонкая и детальная психопатологическая квалификация. Впервые определены клинико-динамические характеристики соматически необъяснимых симптомов и их возможные траектории развития и трансформации. Впервые составлена психиатрическая классификация СНС, основанная на клинико-психопатологических, синдромальных проявлениях СНС и их нозологической принадлежности. Впервые разработаны алгоритмы и критерии психиатрической дифференциальной диагностики СНС.

Впервые описаны синдромально-нозологические критерии феномена «жжения рта».

Проведена оценка значимости личностных особенностей в возникновении и динамике СНС.

### **Практическая значимость исследования**

Практическая значимость проведенного исследования определяется выявленными психическими расстройствами, лежащими в основе соматически необъяснимых симптомов, с которыми пациенты обращаются за

помощью в медицинские учреждения стоматологического и хирургического профилей.

Внедрение полученных результатов исследования в практическую деятельность врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов в значительной степени снизит частоту диагностических ошибок и неоправданных медицинских манипуляций в случаях своевременного выявления пациентов с психопатологически обусловленными соматически необъяснимыми симптомами и их перенаправления к врачу-психиатру.

Обозначенные в ходе проводимого исследования критерии диагностики и дифференциальной диагностики соматически необъяснимых симптомов будут способствовать более достоверной оценке психического статуса и определению диагноза.

Использование персонифицированных и синдромально-нозологических алгоритмов терапии СНС приведет к их значительной редукции и исчезновению, что повысит уровень социального функционирования и качества жизни этих пациентов.

### **Методология и методы исследования**

В соответствии с поставленными целью и задачами настоящее исследование проводилось не в сравнительном, а в клинико-описательном формате, поэтому общая выборка больных не предусматривала подразделения на основную, контрольную и сравнительную группы.

Всего было обследовано 130 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в ФГБУ НМИЦ "Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" Минздрава России в период с 2017 г. по 2020 г., и перенаправленных к врачу-психиатру для проведения дифференциально-диагностической консультации.

Были определены следующие **критерии включения**:

1. Установленное врачом-стоматологом и/или челюстно-лицевым хирургом несоответствие соматических жалоб пациента объективным данным обследования;
2. Выявление врачами-стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами поведенческих феноменов, формирующих представление о наличии психических расстройств у обратившихся к ним пациентов;
3. Возраст от 18 лет;
4. Наличие подписанного информированного добровольного согласия на участие в научном исследовании.

**Критерии исключения:**

1. Отказ от психиатрической и/или психотерапевтической помощи;
2. Отказ от участия в научном исследовании;
3. Исключение психической патологии.

В исследовании использовались клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический и психометрический методы исследования.

Для психометрии использовались следующие шкалы:

1. Тест-опросник Леонгарда-Шмишека, методика акцентуации характера и темперамента личности (Leonhard K., 1968; Schmieschek H., 1970);
2. Шкала самооценки депрессии Цунга (Zung W.W.K., 1965);
3. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлор-Норакидзе (Норакидзе В.Г., 1975; Taylor J. A., 1953);
4. Индекс Уайтли (Pilowsky I., 1967);
5. Шкала общего клинического впечатления (Guy W., 1976).

В преддверии набора клинического материала был проведен анализ литературных источников с акцентом на современную российскую и зарубежную литературу. Это позволило определить актуальность



проблематики СНС в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и выделить текущие проблемы и противоречия в этой области, требующие дополнительных исследований. На этой основе были составлены дизайн и протокол исследования, а также сформированы критерии включения и исключения.

Само исследование проводилось в феноменологическом, сравнительно-описательном стиле с клинической квалификацией и последующей систематизацией СНС по психопатологическим группам. Верификация полученных в результате сравнительного исследования данных проводилась с помощью углового преобразования Фишера (критерий  $\phi^*$ ), реализована в программном пакете Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011). Уровень статистической значимости:  $p \leq 0,05$ .

Полученные результаты легли в основу построения оригинальной психопатологической классификации СНС и рекомендаций по персонализированной терапии этих пациентов.

Исследование было одобрено Локальным Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России от 18 декабря 2017 г., Протокол №170, а также клинической секцией Этического комитета при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России от 14 марта 2022 г., Протокол №37/2.

Исследование проведено в соответствии с современными требованиями к научно-исследовательской работе.

## **Положения, выносимые на защиту**

1. Соматически необъяснимые симптомы (СНС) широко распространены в практике врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов.
2. Соматически необъяснимые симптомы в челюстно-лицевой области являются проявлениями различных психических расстройств.
3. СНС клинически разнообразны и отличаются патокINETической трансформацией.
4. Акцентуации характера влияют на формирование и особенности клинических проявлений СНС.
5. Феномен «жжения рта» (игниопатия) имеет специфическую синдромальную структуру, что не позволяет его отнести ни к одному из существующих в классификации расстройств ощущений или восприятия.

## **Степень достоверности результатов исследования**

Достоверность проводимого исследования подтверждается достаточным объемом выборки и репрезентативностью клинического материала, а также методами исследования, соответствующими поставленным цели и задачам, использованием современных статистических программ при обработке полученных результатов.

## **Внедрение результатов**

Результаты исследования используются в педагогическом процессе при подготовке ординаторов и аспирантов ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, на кафедре психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, а также в клинической практике в ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России.

## **Апробация результатов исследования**

Результаты исследования доложены на XXV Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» 9-12 апреля 2018 г. (Москва, 2018), VII Национальном конгрессе «Пластическая хирургия, эстетическая медицина и косметология» 6-8 декабря 2018 г. (Москва, 2018), VIII Национальном конгрессе «Пластическая хирургия, эстетическая медицина и косметология» 5-7 декабря 2019 г. (Москва, 2019), VI Межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы психиатрии в общей медицине 2020» 21 марта 2020 г. (Москва, 2020), научно-практической конференции «Коронавирус и охрана психического здоровья населения: клинические, нейробиологические, превентивные и организационные аспекты» 30-31 марта 2022 г. (Москва, 2022), конференции «От душевных болезней к психическим расстройствам» 18 октября 2022 г. (Казань, 2022).

Апробация диссертационной работы проведена на заседании Проблемного совета по социальной, клинической психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол №6 от 14.06.2023 г.).

## **Публикации результатов исследования**

Результаты проводимого исследования представлены в 4 научных публикациях, в том числе 2 статьи опубликованы в журналах, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

## **Личный вклад автора**

Лично автором выполнен систематический анализ отечественной и зарубежной литературы, написан тематический обзор. Проведена феноменологическая квалификация СНС, а также клинико-психопатологическая, клинико-динамическая, клинико-катамнестическая оценка СНС и психического статуса пациентов. Осуществлена психометрическая диагностика пациентов с СНС. Проведен статистический анализ данных, обобщены и систематизированы результаты исследования, по которым подготовлены публикации и написан текст диссертации и автореферат.

## **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 217 машинописных страницах и состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материалов и методов исследования, клинической главы, содержащей изложение результатов проведенного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Результаты проиллюстрированы 37 таблицами и 23 рисунками. Аналитический обзор научной литературы охватывает 25 русскоязычных и 197 англоязычных источников.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

В рамках проводимой научной работы было обследовано 130 пациентов, перенаправленных к врачу-психиатру в связи с выявлением соматически необъяснимых симптомов. По полу и возрасту пациенты были распределены неравномерно (Таблица 1).

**Таблица 1****Распределение пациентов по полу и возрасту<sup>1</sup>**

<b>Возраст \ Пол</b>	<b>Женщины</b>		<b>Мужчины</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18-44	28	21,5	7	5,4
45-59	37	28,5	7	5,4
60-74	35	26,9	5	3,8
75-90	11	8,5	-	-
Всего	111	85,4	19	14,6

Общую выборку с заметным перевесом составили женщины старше 45 лет.

Данное наблюдение указывает на существенную роль инволюционных (климактерических) факторов, участвующих в развитии соматоформных психических расстройств, локализованных в проекции челюстно-лицевой области. Речь идет как о биологической, так и о социально-психологической патогенности инволюции.

Проведенный психопатологический анализ соматически необъяснимых симптомов позволил провести их клиническую типологизацию и выделить три группы расстройств, представленных в таблице 2.

---

<sup>1</sup> Возрастная периодизация выполнена в соответствии с принятой Всемирной Организацией Здравоохранения классификацией

Таблица 2

## Классификация соматически необъяснимых симптомов

I. Расстройства ощущений			II. Расстройства восприятия и представлений			III. Расстройства влечений и психомоторики		
105 пациентов; 80,8% <sup>2</sup>			19 пациентов; 14,6%			6 пациентов; 4,6%		
СНС	n	% <sup>3</sup>	СНС	n	%	СНС	n	%
Игниопатия	62	59,0	Галлюцинаторные расстройства	9	47,4	Расстройства влечений	2	33,3
<i>психогенная</i>	55	52,4	<i>галлюциноз</i>	6	31,6	<i>секциомания</i>	2	33,3
<i>эндогенная</i>	7	6,6	<i>галлюцинаторно-бредовой синдром</i>	3	15,8	Расстройства психомоторики	4	66,7
Алгия	23	21,9	Патология представлений	10	52,6	<i>психогенный парез</i>	1	16,7
<i>психогенная</i>	20	19,1	<i>дисморфомания</i>	5	26,3	<i>обсессивно-компульсивное расстройство</i>	3	50,0
<i>сенесталгия</i>	3	2,8	<i>фантомный прикус</i>	5	26,3			
Сенестопатия	20	19,1						

Группу расстройств ощущений (80,8%) составили игниопатические, алгические и сенестопатические расстройства.

Игниопатия (*от лат. «ignis» – огонь и греч. «πάθος» – страдание, болезнь*) главным образом проявляется ощущением жжения, которое может сопровождаться сухостью ротовой полости и неприятным (металлическим, горьким, кислым) привкусом во рту.

Клинические случаи с одновременным наличием всей триады симптомов (жжение, сухость, неприятный привкус) предложено обозначать, как *завершенный игниопатический синдром*, а частичное сочетание симптомов – *незавершенный игниопатический синдром*.

<sup>2</sup> Процент посчитан от общей выборки (n=130).

<sup>3</sup> Процент посчитан внутри каждой группы.

Алгические расстройства отличаются меньшим разнообразием симптомов в своей структуре. Их клиническая картина в основном представлена жалобами на болевые ощущения.

Проводимый феноменологический анализ позволил выявить значимые различия во внешне сходных симптомах игниопатических и алгических расстройств, которые обусловили разделение их на две группы соответственно (Таблица 3, Таблица 4):

- ❖ Психогенная и эндогенная игниопатия;
- ❖ Психогенная алгия и сенесталгия.

Характерными чертами психогенных игниопатии и алгии являются миграция ощущений, эпизоды улучшения, взаимосвязь с актуальной психотравмирующей обстановкой. Одновременно с этим не выявляются расширение симптомов, их утяжеление и видоизменение. Пациенты не испытывают затруднений при описании своих жалоб, а также, несмотря на миграцию ощущений, всегда указывают их четкую локализацию.

**Таблица 3**

**Дифференциально-диагностическая симптоматика психогенной и эндогенной игниопатий**

Проявления	СНС	Психогенная игниопатия	Эндогенная игниопатия
Жалобы «как будто»		-	✓
Миграция		✓	-
Расширение		-	✓
Эпизоды улучшения		✓	-
Отрыв от актуальности психотравмы		-	✓
Четкая локализация		✓	-

Эндогенная игниопатия и сенесталгия, напротив, характеризуются расширением, утяжелением и видоизменением симптомов, при отсутствии миграции ощущений и эпизодов улучшения. Пациенты затрудняются

описывать переживаемые ощущения, определить локализацию симптомов. Также происходит разрыв взаимосвязи интенсивности СНС от психотравмы.

**Таблица 4**

**Дифференциально-диагностическая симптоматика психогенной алгии и сенесталгии**

Проявления	СНС	Психогенная алгия	Сенесталгия
Жалобы «как будто»		-	✓
Миграция		✓	-
Расширение		-	✓
Эпизоды улучшения		✓	-
Отрыв от актуальности психотравмы		-	✓
Четкая локализация		✓	-

Помимо прочего, диагностически важным отличием психогенной игниопатии и психогенной алгии от эндогенной игниопатии и сенесталгии является сопутствующая негативная симптоматика у последних в виде эмоционально-волевого дефицита, а также когнитивные нарушения шизофренического спектра и нарастания аутистических черт личности.

Психогенные формы игниопатии и алгии по основным клиническим симптомам, нозологической принадлежности и возможному прогнозу являются родственными вариантами СНС, как и эндогенная игниопатия с сенесталгией. Последние, по своей сути, определяются, как предсенестопатические расстройства.

Четкая взаимосвязь развития клинических проявлений с психотравмирующей ситуацией, позволяет расценивать психогенную игниопатию, как специфическую форму психогенной реакции на психотравму.

К группе расстройств ощущений также относится сенестопатия, которая проявляется субъективно тягостными, мучительными, полиморфными,



вычурными жалобами, при описании которых пациенты часто прибегают к речевому обороту «как будто».

При анализе эндогенной игниопатии, сенесталгии и сенестопатии у них выявляются общие черты – тенденция к расширению, но не миграции жалоб, отсутствие четкой локализации, отрыв от актуальной психотравмы, отсутствие эпизодов спонтанного или психогенного улучшения, отсутствие реакции на местные анестетики или анальгетики. У пациентов с вышеуказанными вариантами СНС определяются схожие негативные симптомы шизофрении – нарушения мышления, эмоционально-волевое снижение, специфические изменения личности.

Гипотезу предсенестопатической природы эндогенной игниопатии и сенесталии подтверждают анамнестические сведения: начинаясь эндогенной игниопатией и сенесталгией, к моменту осмотра СНС усложнялись, трансформировались и уже квалифицировались, как сенестопатические расстройства. Это обстоятельство позволяет с осторожностью считать эти расстройства не только вариантами, но и клиническими этапами синдромогенеза прогрессирующего эндогенного заболевания.

При описании группы расстройств ощущений речь идет о двух основных вариантах – психогенном и эндогенном (расстройства шизофренического спектра), представленных психогенными игниопатией и алгией и эндогенной игниопатией, сенесталгией и сенестопатией соответственно.

Нозологическая квалификация СНС из группы расстройств ощущений представлена в таблице 5.

Таблица 5

**Представленность психических расстройств среди пациентов с  
расстройствами ощущений в соответствии с МКБ-10**

СНС Нозология	Психогенная игниопатия		Эндогенная игниопатия		Психогенная алгия		Сенесталгия		Сенестопатия	
	n	% <sup>4</sup>	n	%	n	%	n	%	n	%
F0	2	1,9	-	-	2	1,9	-	-	1	1,0
F2	-	-	7	6,7	-	-	3	2,9	19	18,1
F3	12	11,4	-	-	3	2,9	-	-	-	-
F4	36	34,2	-	-	6	5,7	-	-	-	-
F6	5	4,8	-	-	9	8,6	-	-	-	-

Примечание: F0 - Органические, включая симптоматические, психические расстройства; F2 - Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; F3 - Расстройства настроения (аффективные расстройства); F4 - Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства; F6 - Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Как видно из таблицы расстройства ощущений преимущественно входят в структуру невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (39,9%), а также в структуру шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (27,7%). Относительно равномерно представлены расстройства настроения (14,3%) и расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (13,4%).

Группу расстройств восприятия и представлений (14,6%) составили галлюцинаторные расстройства, дисморфомания и фантомный прикус.

Психопатологический анализ клинических проявлений галлюцинаторных расстройств обусловил их разделение на две группы:

- Синдром галлюциноза – обильные, однотипные, простые обманы восприятия в проекции одного-двух анализаторов, возникающие на фоне ясного сознания;

<sup>4</sup> Процент посчитан от группы расстройств ощущений (n=105).

- Галлюцинаторно-бредовой синдром – обманы восприятия, преимущественно проявляющиеся вариантами тактильных галлюцинаций, сопровождающиеся бредовыми идеями.

Синдром галлюциноза в основном был представлен тактильными галлюцинациями в виде жалоб на наличие инородных тел («тряпочка», «шишечка»), «творожистых масс», локализованных преимущественно в ротовой полости.

Клинические случаи с галлюцинаторно-бредовым синдромом проявлялись галлюцинаторным тактильно-висцеральным восприятием и убежденностью в наличии «паразитов» и «других существ» в челюстно-лицевой области (дерматозойный бред) без критического отношения к этим переживаниям.

Галлюцинаторные расстройства носили стойкий характер без эпизодов улучшения, характеризовались расширением зоны патологической перцепции и отсутствием миграции ощущений.

При оценке когнитивных процессов у одних пациентов этой группы регистрировались соответствующие нарушения мышления по органическому типу – вязкость и обстоятельность, а также мнестико-интеллектуальное снижение, а у других по шизофреническому типу – резонерство, паралогичность, парадоксальность и разноплановость ассоциаций. Также у больных с органическим заболеванием ЦНС отмечались признаки аффективной лабильности, а у пациентов с шизофренией, напротив – эмоционально-волевое оскудение.

Анализ галлюцинаторных расстройств позволил выявить характерный стереотип их развития:

1. Психогенная игниопатия и психогенная алгия → синдром галлюциноза;

2. Эндогенная игниопатия и сенесталгия → сенестопатия → галлюцинаторно-бредовое расстройство.

Дисморфомания определялась сверхценной или паранойяльной неудовлетворенностью своей внешностью. Необходимо отметить «стоматологическую» специфику дисморфомании: помимо классических жалоб на «неправильную» форму лица, «асимметрию» скул и т.д., пациенты жаловались на «плохую» форму и «некрасивое» расположение зубов, их «неполноценно белый» и «блеклый» цвет.

Во всех случаях это расстройство возникало на основе иллюзорных расстройств или нарушений психосенсорного синтеза, что давало основания условно относить эти нарушения в группу расстройств восприятия и представлений.

Доминирующей жалобой при дисморфомании являлось устойчивое и сверхценное недовольство своей внешностью с последующим усилением и расширением этих переживаний – неудовлетворенность затрагивала уже не только лицо, но и другие части тела.

Дисморфомания была коморбидна аффективным (депрессивным) расстройствам, в отличие от игниопатии, алгии и галлюцинаций, протекающих преимущественно моносимптомом без связи с аффективными нарушениями.

Неудовлетворенность своей внешностью «влекло» за собой ощущение собственной «измененности» с формированием деперсонализации, что воспринималось пациентами «вполне логичным» – они переставали узнавать себя не только внешне, но и внутренне.

Деперсонализация и дисморфомания занимали значительное место в переживаниях этих пациентов и полностью определяли их поведение, которое сводилось к «обязательной операции» с целью «исправления» внешности и «возвращения себя».

У пациентов с дисморфоманией отмечались нарушения мышления, характерные для расстройств шизофренического спектра: парадоксальность, непоследовательность, резонерство, соскальзывание, паралогичность.

Синдром фантомного прикуса был представлен расстройствами схемы тела, проявляющимися жалобами на нарушение прикуса, «неправильное» смыкание зубов, «дискомфорт» в области височно-нижнечелюстного сустава, смещение челюсти, ее нестабильность.

Пациенты не поддавались словесной коррекции, не верили объективным методам обследования. Убежденность в «смещении» челюсти достигала уровня сверхценного или бредового расстройства. Определялись нарушения мышления по типу соскальзывания, резонерства, паралогичности.

Структурный анализ синдрома фантомного прикуса позволил выделить следующие клинические варианты:

- 1) Изолированный фантомный прикус – доминирующим (по сути, единственным симптомом) является ощущение/чувство нарушения прикуса;
- 2) Фантомный прикус и сенестопатии – в клинической картине перекрываются жалобы на нарушения прикуса и различные сенестопатические проявления;
- 3) Фантомный прикус и дисморфомания – чувство нарушения прикуса сочетается с неудовлетворенностью своей внешностью.

Вышеописанное свидетельствует о том, что фантомный прикус выступает не только самостоятельным психопатологическим феноменом, но и как патологическая почва для развития сенестопатических и дисморфоманических расстройств (возможно и галлюцинаторных). Фантомный прикус преимущественно отмечался в структуре расстройств шизофренического спектра.

СНС с расстройствами восприятия и представлений входили в клиническую структуру различных нозологических групп (Таблица 6):

**Таблица 6**

**Нозологическая принадлежность СНС с расстройствами восприятия и представлений в соответствии с МКБ-10**

СНС Нозология	Галлюцинаторные расстройства		Дисморфомания		Фантомный прикус	
	n	% <sup>5</sup>	n	%	n	%
F0	6	31,6	-	-	-	-
F2	3	15,8	5	26,3	4	21,1
F6	-	-	-	-	1	5,3

Примечание: F0 - Органические, включая симптоматические, психические расстройства; F2 - Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; F6 - Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Группу расстройств влечений и психомоторики (4,6%) составили секциомания, психогенный парез и обсессивно-компульсивное расстройство.

Секциомания (*от лат. «sectio» – разрез и др.-греч. «mania» – страсть, безумие*) проявляется патологической тягой, влечением к различного рода оперативным вмешательствам.

У пациентов с описываемой патологией болезненное влечение возникает к самому процессу оперативного вмешательства при относительно безразличном отношении к его цели и результату. Патологическую страсть к оперативным вмешательствам они демонстрируют, рассказывая о них с плохо скрываемым удовольствием («Ой, доктор, что вы! Мне предстоит еще минимум десять операций! Сейчас расскажу о каждой из них!»).

В ходе анализа вышеописанного СНС были определены предрасполагающие факторы развития секциомании: о возможном формировании патологического влечения к оперативным вмешательствам свидетельствовало эйфоричное отношение к операции, радостное ожидание

<sup>5</sup> Процент посчитан от группы расстройств восприятия и представлений (n=19).

оперативного вмешательства, активная заинтересованность дальнейшими операциями, отсутствие страха перед операцией и возможными послеоперационными осложнениями

Секциомания представляется особой формой аддикции. Нельзя также исключать, что это влечение, в том числе, может быть связано с удовольствием, получаемым от анестезии.

Клинический случай с психогенным парезом, проявляющийся функциональным снижением тонуса мимической мускулатуры, расценивался, как психогенное истеро-конверсионное расстройство (развитие вслед за психотравмой).

Еще одним вариантом СНС является обсессивно-компульсивное расстройство с навязчиво повторяющимися самоповреждающими действиями.

Клинические случаи самоповреждения в одних наблюдениях носили отвлеченный характер, в других – осозанный. Также определялись варианты целенаправленной и нецеленаправленной аутоагрессии.

Аутоагрессия со временем приобретала все более тяжелый и brutальный характер, порой представляя непосредственную угрозу жизни пациента.

СНС с проявлениями расстройств влечений и психомоторики наблюдались при органической патологии, невротических состояниях и расстройствах личности (Таблица 7).

Таблица 7

**Нозологическая квалификация СНС в виде расстройств влечений  
и психомоторики в соответствии с МКБ-10**

СНС Нозология	Секциомания		Психогенный парез		Обсессивно-компульсивное расстройство	
	п	% <sup>6</sup>	п	%	п	%
F0	1	16,7	-	-	-	-
F4	-	-	-	-	3	50,0
F6	1	16,7	1	16,7	-	-

Примечание: F0 - Органические, включая симптоматические, психические расстройства; F4 - Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства; F6 - Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Соматически необъяснимые симптомы встречаются в изолированной, а также в сочетанной форме. Так, например, нередко одновременно регистрировались психогенная игниопатия и психогенная алгия, фантомный прикус и дисморфомания.

С помощью самоопросника Леонгарда-Шмишека производилась оценка значимости личностных акцентуаций в формировании соматически необъяснимых симптомов. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между личностным преморбидом и типом СНС, была выявлена характерологическая predisposition, влияющая на возникновение и динамику СНС, что также подтверждалось клиническими консультациями (Таблица 8).

Таблица 8

**Результаты психометрии у пациентов с соматически  
необъяснимыми симптомами с использованием самоопросника  
Леонгарда-Шмишека**

Леонгард-Шмишек	п	%
Тревожность	33	25,4
Эмотивность	22	16,9
Аффективность	16	12,3
Демонстративность	16	12,3

<sup>6</sup> Процент посчитан от группы расстройств влечений и психомоторики (n=6).



Гипертимность	15	11,5
Неуравновешенность	11	8,5
Педантичность	9	6,9
Циклотимичность	6	4,6
Дистимичность	1	0,8
Застывание	1	0,8

Из таблицы видно, что четвертую часть всех акцентуаций занимает тревожный личностный радикал, что соответствует значительному тревожному компоненту в психическом статусе у пациентов с СНС. Также часто определялся эмотивный радикал. Выявлено относительно равномерное распределение между следующими характерологическими акцентуациями: аффективность, демонстративность, гипертимность, неуравновешенность (перечислены в порядке убывания).

Лечение СНС подразумевает использование стандартных методов психофармакотерапии и психотерапии. Выбор метода основывается на учете специфики СНС и ее нозологической принадлежности.

Применялись следующие группы препаратов и их возможные сочетания:

- Нейролептики;
- Антидепрессанты;
- Анксиолитики;
- Противосудорожные.

Для оценки терапевтической динамики СНС, пациенты были разделены на ремиттеров, частичных респондеров и нон-респондеров.

При проведении терапии пациентов с психогенными вариантами игниопатии и алгии ожидаемо удавалось добиться наилучшего эффекта, что было обусловлено более мягкими формами психических расстройств.

Так для лечения психогенной игниопатии наиболее эффективными оказались типичный нейролептик алимемазин, атипичный нейролептик сульпирид, типичный нейролептик тиоридазин (указаны в порядке убывания эффективности).

При проведении терапии психогенной алгии так же наиболее эффективным стал типичный нейролептик алимемазин. Одновременно с этим активно использовались типичный нейролептик тиоридазин и атипичный нейролептик сульпирид (указаны в порядке убывания).

Тактика лечения субпсихотических вариантов СНС (эндогенная игниопатия, сенесталгия, сенестопатия) подразумевала использование более высоких доз сульпирида по сравнению с теми, которые использовались при терапии психогенных форм СНС, а также отказ от «малых» нейролептиков (алимемазин, тиоридазин) в пользу антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, арипипразол, кветиапин).

Относительно хорошего эффекта удалось добиться при терапии обсессивно-компульсивных расстройств, для чего использовалась комбинация нейролептиков и антидепрессантов (кветиапин и кломипрамин, хлорпротиксен и пароксетин), а также антидепрессанта и анксиолитика (агомелатин и тофизопам).

Галлюцинаторные расстройства, дисморфомания и фантомный прикус, как более тяжелые психические расстройства, отличались большей терапевтической резистентностью.

Лечение галлюцинаторных расстройств проводилось галоперидолом в сочетании с корректором (бипериден), а также рисперидоном и сульпиридом (указаны в порядке убывания).

При терапии дисморфомании значительный терапевтический эффект был получен при назначении рисперидона в сочетании с различными

антидепрессантами. При проведении терапии фантомного прикуса так же с высоким эффектом использовался рисперидон.

С положительным эффектом в комплексном лечении пациентов с СНС показала себя рациональная психотерапия, направленная на изменение отношения к имеющимся расстройствам, коррекции внутрисемейных конфликтов, нормализации взаимоотношений в рабочем коллективе.

## **ВЫВОДЫ**

1. Соматически необъяснимые симптомы (СНС), реализующиеся в челюстно-лицевой области, отличаются большим феноменологическим разнообразием, гетерогенны и являются составной частью различных синдромально-нозологических форм психопатологии. В соответствии с МКБ-10 выявленные СНС относились к следующим диагностическим рубрикам: Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0), Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2), Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3), Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4), Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6).

1.1. В группе расстройств ощущений преобладали пациенты с диагнозом: Другие соматоформные расстройства (F45.8), Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3), Депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами (F32.01).

1.2. В группах расстройств восприятия и представлений и расстройств влечений и психомоторики преобладали пациенты с диагнозом: Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3), Галлюциноз в связи со смешанными заболеваниями (F06.08).

2. Преобладающая психопатология в общей группе всех стоматологических пациентов с СНС представлена особой клинической формой расстройств ощущений, названной «игниопатия». Это расстройство с

одной стороны довольно однотипно по своим проявлениям и типично для стоматологических пациентов инволюционного возраста, с другой – принципиально отличается от известных форм расстройств ощущений (гипер-, гип-, ан- и парестезий, сенесталгий, сенестопатий, галлюцинаторных расстройств).

3. Феноменологическая квалификация СНС позволила выделить их три клинические группы: а) расстройства ощущений – психогенная игниопатия, эндогенная игниопатия, психогенная алгия, сенесталгия, сенестопатия; б) расстройства восприятия и представлений – галлюцинаторные расстройства, дисморфомания, фантомный прикус; в) расстройства влечений и психомоторики – секциомания, психогенный парез, обсессивно-компульсивное расстройство, проявляющееся преимущественно навязчивыми действиями аутоагрессивной направленности.

4. Синдромально-нозологическая квалификация СНС позволила установить клинико-динамическую специфику и дифференциально-диагностические критерии этих расстройств и определить их патокинетические трансформации:

4.1. Психогенно-органическая группа СНС – психогенная игниопатия и психогенная алгия трансформируются (в части случаев) в экзогенно-органический галлюциноз;

4.2. Эндогенная группа СНС – эндогенная игниопатия и сенесталгия трансформируются в сенестопатию с последующим развитием (в части случаев) дисморфомании и расстройств галлюцинаторно-бредового регистра.

5. Существенный вклад в возникновение и развитие различных СНС вносят преморбидные личностные особенности больных. Характерологическая предрасположенность к развитию СНС в челюстно-лицевой области представлена следующими радикалами: тревожный, эмотивный, демонстративный, аффективный, гипертимный, неуравновешенный, педантичный, циклотимический, дистимичный, застревающий. Различные клинические формы СНС не коррелируют с типологией характера.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Высокая распространенность СНС среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью к врачам-стоматологам и челюстно-лицевым хирургам, требует разработки программ комплексной междисциплинарной медицинской курации с обязательным участием врачей-психиатров и психотерапевтов для проведения дифференциальной диагностики и определения тактики лечения.

2. Раннее возникновение СНС (до 45 лет), как правило, ассоциировано с более тяжелой психопатологией, что дает основание для направления к психиатрам в первую очередь пациентов с СНС, возникшими в молодом возрасте.

3. Среди пациентов с СНС, развившимися в челюстно-лицевой области, были обнаружены единичные случаи психопатологического феномена – аддиктивного влечения к проведению оперативных вмешательств. Выявление этого расстройства дало основание для введения в медицинскую практику более подходящего, чем томомания, термина – «секциомания».

3.1. Необходимо обращать внимание на предвестники развивающейся секциомании, проявляющиеся радостным ожиданием операции и эйфоричным к ней отношением, заинтересованностью дальнейшими оперативными вмешательствами, а также отсутствием страха перед самой операцией и возможными осложнениями в послеоперационном периоде.

4. Пациентам с СНС показано комбинированное лечение с сочетанием психофармакотерапии и психотерапии. В отношении психогенно-органической группы СНС более действенными оказались алимемазин, сульпирид, тиоридазин. Больные с эндогенным стереотипом развития СНС демонстрировали бóльший респонс при назначении рисперидона, галоперидола, кветиапина.

5. Обнаружен достаточный эффект от психотерапевтического лечения СНС методом рациональной психотерапии, направленной на коррекцию семейных, межличностных и внутриличностных конфликтов.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Кекелидзе, Д.З. Патологическая секциомания в челюстно-лицевой хирургии – феномен сверхценной одержимости оперативными вмешательствами: серия клинических случаев / Д.З. Кекелидзе, А.И. Неробеев, А.А. Шмилович // Стоматология. – 2019. – Т. 98, № 3. – С. 56-59. doi: <https://doi.org/10.17116/stomat20199803156>.

2. Кекелидзе, Д.З. Психопатологическая феноменология ощущения жжения – «Игниопатии» – у пациентов с психосоматическими расстройствами в челюстно-лицевой области / Д.З. Кекелидзе, О.Ф. Рабинович, А.А. Шмилович // Психическое здоровье. – 2022. – Т. 17, № 8. – С. 17-28. doi: <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2022.08.17-28>.

3. Кекелидзе, Д.З. Соматически необъяснимые симптомы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Д.З. Кекелидзе, А.А. Шмилович // Превентивная психиатрия: ранняя диагностика и своевременная терапия: материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Казань, 2022. – С. 112-113.

4. Кекелидзе, Д.З. Актуальность психиатрической квалификации соматически необъяснимых симптомов / Д.З. Кекелидзе, А.А. Шмилович // Психиатрия и наркология Оренбуржья в ракурсе охраны психического здоровья населения Российской Федерации: материалы научно-практической конференции. – Оренбург, 2022. – С. 59-60.