

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

КЕКЕЛИДЗЕ Давид Зурабович

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
С СОМАТИЧЕСКИ НЕОБЪЯСНИМЫМИ СИМПТОМАМИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

3.1.17 – Психиатрия и наркология
(медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Доктор медицинских наук
Шмилович Андрей Аркадьевич

Москва

2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	15
1.1. Проблематика соматоформных расстройств и медицински необъяснимых симптомов в клинической практике.....	15
1.2. Вопросы классификации медицински необъяснимых симптомов.....	21
1.3. Психосоматические жалобы пациентов, реализующиеся в ротовой полости и челюстно-лицевой области.....	26
1.4. Резюме.....	41
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	42
2.1. Материал исследования.....	42
2.2. Методы исследования.....	46
2.3. Анализ полученных данных.....	49
Глава 3. КЛИНИКА, ДИНАМИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ СОМАТИЧЕСКИ НЕОБЪЯСНИМЫХ СИМПТОМОВ В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.....	52
3.1. Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств ощущений.....	53
3.1.1. Игниопатия.....	54
3.1.2. Психогенная игниопатия.....	55
3.1.3. Эндогенная игниопатия.....	63
3.1.4. Психометрическая оценка пациентов с игниопатическими расстройствами.....	69
3.1.5. Алгия.....	72

3.1.6. Психогенная алгия.....	72
3.1.7. Сенесталгия.....	79
3.1.8. Психометрическая оценка пациентов с алгическими расстройствами.....	82
3.1.9. Сенестопатия.....	85
3.1.10. Психометрическая оценка пациентов с сенестопатическими расстройствами.....	100
3.2. Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств восприятия и представлений.....	103
3.2.1. Галлюцинаторные расстройства.....	104
3.2.2. Психометрическая оценка пациентов с галлюцинаторными расстройствами.....	116
3.2.3. Дисморфомания.....	118
3.2.4. Психометрическая оценка пациентов с дисморфоманией.....	129
3.2.5. Фантомный прикус.....	130
3.2.6. Психометрическая оценка пациентов с фантомным прикусом.....	143
3.3. Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств влечений и психомоторики.....	143
3.3.1. Секциомания.....	144
3.3.2. Психометрическая оценка пациентов с секциоманией.....	148
3.3.3. Психогенный парез.....	148
3.3.4. Психометрическая оценка пациентов с психогенным парезом.....	150

3.3.5. Обсессивно-компульсивное расстройство.....	151
3.3.6. Психометрическая оценка пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством.....	154
3.4. Психометрическая оценка непроцессуальных и процессуальных пациентов с соматически необъяснимыми симптомами.....	154
3.5. Терапевтическая динамика соматически необъяснимых симптомов.....	159
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	173
ВЫВОДЫ.....	185
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	187
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	189

ВВЕДЕНИЕ

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 расстройств, 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 непсихиатрических медицинских специальностей возникновения и развитие соматически необъяснимых симптомов/соматоформных расстройств часто связывают с различными соматическими нарушениями в виде дисбаланса гормонального фона, расстройств автономной нервной системы, общей сенсibilизации 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).

Другая группа авторов приходит к выводу, что психические расстройства проявляются 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). Однако 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).

Одновременно с этим 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*:

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

Критерии исключения:

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

В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-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 ϕ^*), 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 персонифицированной 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.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Проблематика соматоформных расстройств и медицински необъяснимых симптомов в клинической практике

В настоящее время симптомы, этиология которых остается неясной из-за отсутствия органической патологии, обозначаются как медицински необъяснимые симптомы (МНС). Подобные МНС встречаются практически в каждой врачебной специальности. Например, в гастроэнтерологии – синдром раздраженного кишечника; в ревматологии – фибромиалгия; в стоматологии – дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; в гинекологии – синдром хронической тазовой боли. Одновременно с этим выявляется высокая степень клинического сходства указанных диагностических единиц (Wessely S. et al., 1999; Aaron L.A., Buchwald D., 2001; Aggarwal V.R. et al., 2006; Henningsen P. et al., 2007; Hatcher S., Arroll B., 2008).

В своей работе Deary I.J. (1999) отмечает, что МНС награждались разными эпитетами, такими как соматоформные расстройства, функциональные соматические симптомы и синдромы, конверсионные расстройства, психосоматические синдромы и симптомы и так далее, однако полагает, что именно МНС является наиболее подходящим термином в связи с тем, что на первый план выступает «честное невежество» и простое утверждение, что существует ряд симптомов и синдромов, которые медицинские работники не могут объяснить на основе полученных результатов обследований.

Соматизированные расстройства также являются одним из вариантов соматоформных, функциональных, психосоматических и психогенных расстройств, которые представляют собой распространенную и

неразрешенную проблему на стыке психиатрии и медицины (Lipowski Z.J., 1987, 1988).

МНС широко распространены в общей медицинской сети, а в некоторых направлениях и вовсе представляют наиболее часто встречаемые состояния: у половины новых пациентов (52%) в семи разных медицинских специальностях (кардиология, неврология, гастроэнтерология, гинекология, стоматология, пульмонология, ревматология) выявлялся хотя бы один необъяснимый симптом (Nimnuan C., Hotopf M., Wessely S., 2001), а Steinbrecher N. et al. (2011) сообщали, что необъяснимые симптомы составили две трети от всех соматических жалоб у пациентов в первичной медицинской сети.

Kroenke K., Mangelsdorff D. (1989) в проводимом исследовании выявили, что в выборке из 567 симптомов в 84% случаев возможная этиология носила неорганический характер (10% – психогенный, 74% – неизвестный) и лишь в 16% определялась органическая патология. Относительно схожие результаты в своей работе приводят Khan A.A. et al. (2003) – этиология 48% симптомов носила либо психиатрический, либо идиопатический характер.

Одновременно с этим группа авторов в лице Wancata J. et al. (1996), Arolt V. et al. (1997), Smith G.C. et al. (2000) в своих статьях указывают на существенно меньшие цифры распространенности соматоформных расстройств в общей медицинской сети – 2,1%, 1,5% и 2,9% соответственно.

Более усредненные статистические данные частоты МНС – 19% – в первичной медицинской сети приводят Peveler R. et al. (1997), что совпадает с результатами работ Fink P. et al. (2004), сообщающих о 18,1% МНС.

Haller H. et al. (2015) в своей статье указывают, что у 34,8% пациентов распознают МНС, что почти в два раза выше, чем у предыдущих авторов.

В вышеуказанных работах исследователи приводят существенно расходящиеся статистические данные, что может быть обусловлено изучением различных когорт пациентов, а также отсутствием единых диагностических критериев.

Понятие «соматизации» до настоящего времени так и не получило однозначного определения и клинической трактовки – предложены различные варианты его интерпретации, такие как соматическое проявление психического расстройства, самостоятельная нозологическая единица, расстройство, относящееся к функциональным соматическим синдромам, с набором специфических кластерных соматических симптомов (Nimnuan S., Rabe-Hesketh S., Wessely S., Hotopf M., 2001; De Gucht V., Fischler B., 2002; Hotopf M., 2004).

Более широкая модель включает в себя девять различных возможных причин развития МНС: сенсбилизация, эндокринные нарушения, соматосенсорная амплификация, сенсбилизация иммунной системы, сенситивность, нарушение фильтра сигналов, аномальная проприоцепция, дисфункция автономной нервной системы и озабоченность возможной болезнью (Van Ravenzwaaij J. et al., 2010).

Van Gils A. et al. (2014) в своей работе изучали влияние стресса на развитие функциональных соматических расстройств и пришли к выводу, что стресс не является универсальным предиктором развития и усиления уже имеющихся МНС. Однако в другом исследовании авторы выявили существенную взаимосвязь психотравмы и различных вариантов функциональных симптомов (Afari N. et al., 2014).

Исследования, проводимые в больницах общего профиля, выявили большое разнообразие соматических симптомов, которыми могут манифестировать и проявляться различные психические расстройства (Lloyd G.G., 1986)

Соматизация – это предрасположенность реагировать соматическими симптомами на психосоциальные стрессовые ситуации, и таким образом искать помощи для их преодоления (Lipowski Z.J., 1988). Данному утверждению вторит и Hurwitz Т.А. (2004), указывающий, что конверсионное расстройство является бросающим вызов расстройством психики, представляющее собой соматическую защиту от угроз психической стабильности.

Lieb R. et al. (2007) выявили высокую коморбидность соматоформных расстройств с депрессивными и тревожными состояниями, однако указали на недостаточную ясность подобной взаимосвязи.

Независимо от того медицински объяснимы или же нет, соматические симптомы являются важной составляющей таких психических расстройств, как депрессия и тревога (Escobar J.I. et al., 2010).

Dijkstra-Kersten S.M.A. et al. (2015) описали соматизацию, как возможное продромальное проявление депрессивных и тревожных состояний, и определили пациентов с МНС в качестве целевой группы для предотвращения указанных расстройств.

Тревога, ипохондрия и депрессия продемонстрировали взаимосвязь воздействие-реакция с рядом соматических симптомов, что может быть основной чертой всех функциональных синдромов (Creed F. et al., 2018).

Помимо родства с тревогой и депрессией, в различных работах описывалась взаимосвязь МНС и личностных черт. Так, Bass С., Murphy М. (1995) указали о прямой корреляции соматоформных расстройств и расстройств личности.

Значимое количество пациентов с МНС удовлетворяло критериям расстройств личности: у них определялись такие патологические черты, как саморазрушение, склонность к негативным и депрессивным реакциям (Noyes R. Jr. et al., 2001).

Macina C. et al. (2021) полагают, что оценке личностных черт у пациентов с МНС уделяется мало внимания, а также, что соматизация может быть самостоятельной чертой характера.

Многолетнее исследование группы отечественных психиатров под руководством Ромасенко Л.В., Махов В.М., Чичкова Н.В. (2019) показало единство соматических и психических расстройств, которые объединяются патологией общего чувства.

К общему знаменателю МНС подводят Mayou R. и Farmer A. (2002). Они утверждают, что медицинские и психиатрические классификации, по сути, являются альтернативными путями объяснения одних и тех же состояний.

В анализируемой литературе представлены различные модели, объясняющие происхождение МНС, однако подавляющее большинство статей посвящены непсихиатрическим факторам. По сравнению с ними, попытки объяснить МНС психопатологией можно найти лишь в единичных публикациях, которые преимущественно описывают их, как патологию коморбидную депрессии и тревоге.

По-прежнему насущным и до сих пор до конца не решенным остается вопрос оказания медицинской помощи пациентам с МНС. Так, по мнению Mayou R. (1993) большинство психиатров не обладают навыками и желанием заниматься пациентами с соматоформными расстройствами, а количество специалистов психиатрического консультативного взаимодействия остается крайне низким. Bass C. et al. (2001) выделяют четыре причины, из-за которых пациенты с соматоформными расстройствами пренебрегаются психиатрами: (1) классификация разделяет соматоформные расстройства на несколько родственных групп, такие как ипохондрия и конверсионное расстройство, (2) врачи-психиатры больше озабочены «серьезными» психическими расстройствами, (3) врачи-психиатры не работают в больницах общего

профиля и (4) пациенты сами редко обращаются за психиатрической помощью из-за стигматизации.

Sharpe M., Mayou R. (2004) задаются вопросом облегчает или усложняет расценивание соматически необъяснимых симптомов, как соматоформных, задачу по оказанию медицинской помощи.

Главной проблемой при правильной организации лечения МНС является непоследовательное использование терминологии для их классификации (Schröder A., Fink P., 2011).

Группа авторов в лице De Waal M.W.M. et al. (2004) считает, что врачи общей практики должны обладать знаниями не только для идентификации соматоформных расстройств, но и для их лечения.

Вышеуказанная позиция находит отражение во многих других исследованиях, в том числе в недавней работе Lehmann M. et al. (2021) видят выход из ситуации в обучении врачей общей практики навыкам диагностирования МНС и разработке клинических рекомендаций для их лечения.

Тактика оказания помощи пациентам с МНС, опирающаяся на врачей общей практики, может приводить к отсрочиванию своевременного обращения пациентов к врачу-психиатру, психиатрической дифференциальной диагностике и началу соответствующего лечения. Данное предположение находит подтверждение в работе Herzog A. et al. (2018), в которой авторы определили среднюю продолжительность нелеченых психических расстройств при МНС равную 25,2 годам.

Наиболее перспективным и многообещающим является интегративный и междисциплинарный подход в изучении психосоматических расстройств (Краснов В.Н., Палеев Н.Р., 2014).

1.2. Вопросы классификации медицински необъяснимых симптомов

Классификация медицински необъяснимых симптомов на текущий момент остается предметом споров и обсуждений во всем мире. Это нашло свое отражение в неоднозначных и противоречивых критериях, используемых для обозначения МНС, как в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)) (World Health Organization, 2020), так и в последнем издании американского Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013).

Nimnuan C., Rabe-Hesketh S., Wessely S., Hotopf M. (2001) подвергли сомнению пользу дискретного подхода в классификации функциональных синдромов, отмечая, что из-за этого врачи выделяют лишь один из вариантов их клинических проявлений, не обращая внимания на множество других; в результате – сосуществующие функциональные синдромы игнорируются, что подталкивает пациентов к повторным многократным обследованиям в разных клиниках.

Авторы (Rief W., Rojas G., 2007) указывают на необходимость разработки новых методов классификации соматоформных расстройств с бóльшим учетом психологических и поведенческих особенностей пациентов.

Выраженный соматический дистресс является актуальной проблемой системы здравоохранения ввиду проблематичности его классификации и терапии, что требует пересмотра существующих моделей (Noyes R. Jr. et al., 2008).

Hanel G. et al. (2009) полагают, что новые варианты классификации МНС и соматоформных расстройств в первую очередь должны быть удобны и практичны для врачей общей практики.

Несмотря на то, что большинство исследователей сходится во мнении о необходимости замены существующей терминологии, данный процесс вызывает определенные сложности в связи с языковыми и культуральными барьерами (Creed F. et al., 2010).

Новая классификация должна охватывать весь спектр соматоформных и функциональных расстройств, встречающихся в первичной медицинской сети (Fink P. et al., 2005).

В исследовательской среде активно обсуждались возможные варианты изменений классификации МНС в пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам.

Mayou R. et al. (2005) полагают, что существующая классификация соматоформных расстройств в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 4-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)) не только малоприменима на практике, но, в целом, провалилась. В связи с чем авторы предложили заменить термин соматоформных расстройств на альтернативный, который будет более приемлемым для врачей и пациентов, а также рекомендовали использовать мультидименсиональный подход в диагностике.

Bradfield J.W.V. (2006) в своей работе приходит к заключению, что без вовлечения генетиков, иммунологов, эндокринологов, патологов в дискуссию об изменении классификации соматоформных расстройств в DSM-5, нововведения будут включать в себя лишь выработку субкатегорий, а не полного пересмотра.

Sykes R. (2006) предположил, что спектр соматоформных расстройств в DSM-IV слишком широк и его необходимо сужать за счет новых, более строгих, критериев, которые помогли бы отграничить МНС с доказанным существенным влиянием психосоциальных факторов от тех, где их воздействие не столь очевидно.

Kroenke K. et al. (2007) рекомендовали убрать недифференцированное соматоформное и болевое расстройство, а также изменить терминологию и перераспределить некоторые диагнозы в другие категории в DSM-5.

Dimsdale J. et al. (2011) сообщает, что большинство врачей признает необходимость диагностической категории для соматоформных расстройств, однако имеющаяся классификация является неудовлетворительной.

По итогам обсуждений в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания Соматоформные расстройства были заменены на Симптом соматического расстройства (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013).

Параллельно дискуссиям о нововведениях в DSM-5, учеными обсуждались варианты обновления классификации в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11). Так, Sharpe M. et al. (2006) предложили новую модель, учитывающую мультифакторную этиологию телесных симптомов и обеспечивающую интеграцию медицинских и психиатрических подходов к ведению пациентов.

Fink P. et al. (2007) определили, что термин «синдром телесного дистресса» может охватывать большое количество функциональных симптомов из различных медицинских областей, а также, что «телесный дистресс» больше является реакцией на стресс-факторы, нежели самостоятельной нозологической единицей.

Тот же исследователь Fink P. в соавторстве с Schröder A. (2010) в последующей работе подтвердил предыдущие обнаружения: «синдром телесного дистресса» охватывал всех пациентов с фибромиалгией, синдромом хронической усталости и синдромом гипервентиляции, а также подавляющее большинство пациентов с синдромом раздраженного кишечника, болевым синдромом, соматоформными расстройствами и несердечной грудной болью.

Budtz-Lilly A. et al. (2015) сообщают, что, несмотря на преимущества термина «синдром телесного дистресса», в виде охватывания широкого круга психосоматических симптомов и изучения на большой выборке в сетях первичной медицинской помощи, остается неясным итоговая эффективность улучшения клинических результатов у пациентов с МНС, а также приемлемость термина для всех стран, так как исследования в основном проводились в странах западного мира.

Gureje O. (2015) полагает, что термин «синдром телесного дистресса» сможет успешно заменить «соматоформные расстройства» в МКБ-11 и облегчить идентификацию подобных состояний и, тем самым, повысится эффективность оказываемой медицинской помощи пациентам с МНС.

Критика современных классификаций соматоформных расстройств звучит в большом числе публикаций. Так, Vanheule S. et al. (2014) заключают, что надежность Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)) зачастую переоценена.

Voigt K. et al. (2012) прогнозировали увеличение распространенности пациентов с МНС за счет более широкого подхода в психологической оценке симптома соматического расстройства. Однако Van Dessel N.C.- et al. (2016) обнаружили, что критерии симптома соматического расстройства в DSM-5 более строгие, чем таковые для соматоформных расстройств в DSM-IV, что

может стать причиной недостаточной инклюзивности для определенной группы пациентов с МНС, и одновременно с этим выявили более достоверную взаимосвязь психологических критериев и тяжести МНС. С последним соглашаются и Tu C.-Y. et al. (2020), выявившие более высокую степень тревоги и депрессии у пациентов с тяжелыми формами симптома соматического расстройства.

Cosci F., Fava G.A. (2016) сообщают об ограниченной клинической пригодности раздела «Симптомы соматических и связанных расстройств» в DSM-5 в связи с удалением диагноза «Ипохондрия», нечетко сформулированной концепции соматизации и включенное во все диагностические рубрики «ненормальное поведение при болезни», которое также нигде концептуально не определено.

Scamvougeras A., Howard A. (2020) видят скрывающийся за кажущимися логичностью, осмотрительностью и строгостью критериев оценки МНС в DSM-5 риск того, что пациенты с потенциально излечимым симптомом соматического расстройства останутся без соответствующей терапии.

Сравнивая DSM-5 и МКБ-10 Hüsing P. et al. (2018), выявили, что критерии включения симптома соматического расстройства охватывают больше пациентов, чем таковые соматоформных расстройств, что предположительно связано с особенностями диагностирования соматоформных расстройств, заключающимися в первую очередь в исключении соматической основы симптомов.

В отличие от DSM-5 в МКБ-11 смогли избежать термин «соматический», а также начали использовать описательный подход к МНС, что может оказаться более приемлемым, как для врачей первичного звена, так и для пациентов (Gureje O., Reed G.M., 2016).

Классификация МНС в МКБ-11 представляет собой адекватную категорию, охватывающую различные функциональные синдромы, что подтверждает гипотезу о том, что они являются разным проявлением одного и того же патологического процесса (Fortes S. et al. 2019). Одновременно с этим авторы отмечают, что не менее важной находкой является выявленная тесная взаимосвязь синдрома телесного дистресса с тревогой и депрессией.

С вышеуказанным предположением соглашаются Petersen M.W. et al. (2020), отмечающие, что идея «синдрома телесного дистресса» успешно применялась в общей популяции и явилась многообещающей моделью классификации.

Несмотря на существенное количество проводимых исследований, опубликованных работ, среди авторов и специалистов различных профилей и звеньев нет единства в моделях классификации медицински необъяснимых симптомов, критериях диагностики и дифференциальной диагностики, а также подходах к оказанию медицинской помощи пациентам с подобной симптоматикой.

1.3. Психосоматические жалобы пациентов, реализующиеся в ротовой полости и челюстно-лицевой области

Стоматологи и челюстно-лицевые хирурги в своей практике ежедневно сталкиваются с проблемой соматоформных расстройств, когда пациенты обращаются к ним с различными неясными, атипичными и необычными жалобами в ротовой полости и челюстно-лицевой области, однако врачи после тщательного осмотра не могут объяснить их происхождение и предоставить удовлетворительный ответ, а рекомендованная терапия не только не улучшает, но и может ухудшать имеющуюся симптоматику, что зачастую приводит к различным конфликтным ситуациям между врачом и пациентом (Матвеев В.Ф., Климов Б.А., 1990; De Jongh A., 2003; Brodine A.H., Hartshorn M.A., 2004; Kandagal S.V. et al., 2011/2012).

Актуальность проблемы психосоматических и идиопатических расстройств в стоматологической практике отмечают ряд отечественных авторов (Фофанова Ю.С., Фролова В.И., Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., 2016), а также японские психиатры, выявившие те или иные психические расстройства у 93% пациентов из 1202, обратившихся к стоматологам и челюстно-лицевым хирургам с атипичными жалобами (Umemura E. et al., 2019).

На данный момент медицински необъяснимые оральные симптомы не систематизированы, исследователи предпринимают попытки создания единой классификации, однако они получаются либо слишком громоздкими, либо же ограничиваются неполным набором из нескольких симптомов (Shamim T., 2012, 2014; Toyofuku A., 2016). В некоторых случаях в число атипичных оральных симптомов по непонятной логике включаются канцерофобия и аутоиммунные заболевания.

Одним из таких соматически необъяснимых симптомов (СНС) является синдром жжения рта (СЖР), который проявляется ощущением жжения языка и ротовой полости при отсутствии органической патологии (Grushka M. et al., 2002). По данным разных авторов распространенность СЖР в популяции колеблется от 3,7% до 7,9% (Tammiala-Salonen T. et al., 1993; Bergdahl M., Bergdahl J., 1999).

Встречаемость СЖР выше среди лиц женского пола, чем мужского, а также в возрастной группе старше 50 лет (Wu S. et al., 2022).

О происхождении СЖР исследователи придерживаются диаметрально разных мнений. Так Jääskeläinen S.K. (2012), Jääskeläinen S.K., Woda A. (2017) полагают, что в основе СЖР лежит нейрогенная дисфункция. С ними соглашаются Russo M. et al. (2022), указывающие на возможную сенсорную нейропатию мелких волокон. Одновременно с этим Crow H.C., Gonzalez Y. (2013) отмечают отсутствие эффективности терапии СЖР стандартными для

нейропатии методами. Mignogna M.D. et al. (2011) относят СЖР к соматоформным расстройствам, а не невропатической боли.

Nicholson M. et al. (2000) обнаружили высокую распространенность неврозов среди пациентов с СЖР. Результаты исследований выявили коморбидность тревоги и депрессии с синдромом жжения рта (Buljan D. et al., 2008). Наличие СЖР является фактором риска развития депрессивных и тревожных расстройств (Kim J.-Y. et al., 2020).

Yoo H.S. et al. (2018) указали на корреляцию СЖР и обсессивно-компульсивных, тревожных и депрессивных расстройств. Coculescu E.C. et al. (2014) рекомендуют всех пациентов с СЖР направлять на обследование к врачу-психиатру.

Группа авторов в лице Forssell H. et al. (2020) и Tu T.T.H. et al. (2021) в своих работах отметили более высокую интенсивность проявлений СЖР у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами в анамнезе.

Одновременно с этим другая группа авторов не обнаруживает вышеуказанную корреляцию и вовсе полагает, что тревога и депрессия являются не причиной, а следствием СЖР (Brufau-Redondo C. et al., 2008; De Souza F.T.A. et al., 2012).

СЖР остается загадочным, не всегда распознаваемым состоянием со сложной этиологической структурой, требующим дальнейшего изучения и междисциплинарного подхода в диагностике и терапии (Пархоменко Е.В. и соавт., 2020; Терещенко А.В., Джапуева А.Я., 2021; Klasser G.D. et al., 2016).

Вызывающим еще большие споры и разночтения вариантом СНС являются болевые ощущения неясной этиологии в челюстно-лицевой области и ротовой полости. Для обозначения данного вида СНС используются различные термины: атипичная одонталгия, персистирующая дентоальвеолярная боль, невропатическая лицевая боль, атипичная орофациальная боль, височно-нижнечелюстная болевая дисфункция и т.д.

Обилие наименований, описывающих болевой феномен, отражает отсутствие единства мнений ученых и исследователей касательно патофизиологии и диагностических критериев (Bosch-Aranda M.L. et al., 2011). На данный момент предложена международная классификация орофациальной боли, включающая в себя шесть наименований: (1) орофациальная боль, связанная с нарушениями дентоальвеолярных структур, (2) миофасциальная орофациальная боль, (3) височно-нижнечелюстная боль, (4) орофациальная боль, связанная с поражением черепных нервов, (5) орофациальные боли, напоминающие первичную головную боль, (6) идиопатическая орофациальная боль (International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP), The Orofacial Pain Classification Committee, 2020).

Одновременно с этим различные авторы указывают на общие черты вышеуказанных состояний. В первую очередь необходимо выделить главный симптом – хроническая боль без сопутствующей органической патологии. Боль может носить приступообразный, ноющий, нестерпимый, пульсирующий и т.д. характер; бывает локализованная, разливающаяся и иррадиирующая в соседние области; обнаруживающая взаимосвязь с эмоциональной лабильностью (Rees R.T., Harris M., 1979; Bates R.E. Jr., Stewart C.M., 1991; Vaad-Hansen L., 2008).

Среди общих черт можно также выделить развитие болевых ощущений после стоматологических процедур: удаление зуба, имплантация, санация ротовой полости (Ciaramella A. et al., 2013; Tinastepe N., Oral K., 2013).

Распространенность атипичных болевых ощущений остается малоизученной. Так Ram S. et al. (2009) сообщают, что в популяции страдают от подобных симптомов 2,1%, однако Zakrzewska J.M. (2013) указывает, что эти цифры могут достигать до 7%, что в несколько раз превышает данные предыдущего автора.

В первичной медицинской сети в среднем до 22% пациентов жаловались на персистирующие болевые ощущения (Gureje O. et al., 1998). По данным Карлова В.А. (2010) пациенты с идиопатической болью составляют 8% от всех обращающихся в стоматологические учреждения.

Болевые ощущения неясной этиологии чаще встречаются у женщин – 81%, против 19% у мужчин (Sanner F. et al., 2022). К таким же процентным соотношениям ранее приходили Takenoshita M. et al. (2010). Приблизительно схожие цифры озвучивают Smith D.P. et al. (1969) – 62,5% и 37,5% среди женщин и мужчин соответственно.

Генез атипичных лицевых болей остается нераспознанным: исследователи рассматривают такие причинные варианты, как травма тройничного нерва, периферическая и центральная демиелинизация, повреждение нервных окончаний (Clarkson E., Jung E., 2020).

Melis M. et al. (2003) отмечают недостаточность научной и клинической базы для однозначного суждения об этиологии и патофизиологии атипичной боли, однако склоняются в сторону нейропатических механизмов. Более ультимативны в своих заявлениях Forssell H. et al. (2015) полагающие, что в течение последних десятилетий увеличилась доказательная база нейропатических механизмов развития идиопатической лицевой боли.

Максимова М.Ю. и соавт. (2018) в качестве одного из методов дифференциальной диагностики персистирующей идиопатической лицевой боли определили измерение мультимодальных вызванных потенциалов.

Kawasaki K. et al. (2020) определили две группы пациентов с персистирующей идиопатической лицевой болью – (1) наличие нейроваскулярной компрессии тройничного нерва и (2) отсутствие нейроваскулярной компрессии тройничного нерва – вторая группа характеризовалась высокой коморбидностью с психическими

расстройствами, соматизацией, что было расценено ими, как функциональный соматический симптом.

Van Selms M.K.A. et al. (2008) относят миофасциальную височно-нижнечелюстную атипичную боль к проявлениям психологического стресса, а не нарушениям функций. Saguchi A.H. et al. (2019) первопричиной атипичной боли полагают нейропатические механизмы, а психологический стресс рекомендуют рассматривать в качестве аггравации симптомов.

Отечественные авторы в лице Вознесенской Т.Г., Вейна А.М. (2000) и Данилова А.Б. (2012) считают атипичную лицевую боль проявлением маскированной депрессии. Lerman S.F. et al. (2015) выявили существенные симптомы депрессивных и тревожных расстройств у большей части исследуемой когорты пациентов с хронической болью. В качестве подтверждения взаимосвязи тревожно-депрессивных состояний и хронической идиопатической боли выступили результаты исследования Gerrits M.M.J.G et al. (2015), выявившие позитивную корреляцию степени депрессивных расстройств и интенсивности болевых ощущений.

Taiminen T. et al. (2011) сообщают о более широком круге психопатологических состояний, лежащих в основе хронической идиопатической орофациальной боли: депрессия, социофобия, а также невротические и обсессивно-компульсивные личностные черты.

Takenoshita M. et al. (2010) в группе из 37 пациентов с атипичной одонталгией в 19 случаях регистрировали расстройства группы F4, в 8 – F3, в остальных случаях регистрировались F5 – 3, F0 – 1, F2 – 1.

В исследовании, проводимом Miura A. et al. (2018), у 177 пациентов из 383 с атипичной одонталгией выявлялись коморбидные психические расстройства: большей частью депрессивные и тревожные, значительно реже – биполярное аффективное расстройство и шизофрения.

Идиопатические болевые ощущения, локализованные в челюстно-лицевой области, остаются энigmatическим состоянием, требующим междисциплинарного подхода в определении достоверных этиологических факторов, патогенетических механизмов, а также разработки тактики оказания медицинской помощи. Учитывая высокую коморбидность атипичных болевых ощущений с психическими расстройствами, обязательным является направление пациентов к врачу-психиатру для проведения дифференциальной диагностики и предотвращения возможных необоснованных медицинских вмешательств (Медведев В.Э. и соавт., 2015; Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Просычева О.О., 2016; Turner J.A., Dworkin S.F., 2004; Pandya D., Nagarajappa A.K., 2016).

К сфере патологии ощущений также относится следующий вид СНС – оральная сенестопатия (ОС). Пациенты с данной патологией жалуются на такие необычные ощущения в ротовой полости, как чувство дискомфорта, напряжения, сковывания, обилия тягучей слюны и т.д., которые не обнаруживают за собой органическую патологию (Umezaki Y. et al., 2016).

Распространенности оральных сенестопатий посвящено скудное количество статей. По данным Watanabe M. et al. (2012) оральные сенестопатии являются одним из самых распространенных видов орофациальных СНС, составляя 27,4% жалоб пациентов, обращающихся в клинику психосоматической стоматологии.

Umezaki Y. et al. (2018) исследовали 606 пациентов с оральными сенестопатиями и обнаружили, что чаще страдают женщины (почти в три раза: 447 против 159 мужчин) со средним возрастом 63,3 года (у мужчин – 58,7 лет). Одновременно с этим авторами были выявлены коморбидные психические расстройства, среди которых наиболее распространенными оказались депрессивные и невротические состояния (24,7% и 20,0% соответственно), а расстройства шизофренического спектра составили лишь 2%.

Исследователи придерживаются разных взглядов о провоцирующих оральных сенестопатии факторах. Так, Umezaki Y. et al. (2017) считают, что в их основе лежит асимметрия мозгового кровообращения в лобной и височной долях.

Ochiai S. et al. (2019) в своей работе рассматривают оральные сенестопатии, как проявление нейродегенеративных заболеваний – деменции с тельцами Леви и болезни Паркинсона.

Watanabe K. et al. (2021) описывают причинно-следственную взаимосвязь односторонних оральных сенестопатий и нейроваскулярного конфликта.

Однако большинство ученых придерживаются мнения, что сенестопатии и аномальные телесные сенсации являются проявлениями расстройств шизофренического спектра (Kato S., Ishiguro T., 1997; Röhrlich F., Priebe S., 2002; Kobayashi T., Kato S., 2004; Stanghellini G. et al., 2012).

В ротовой полости и челюстно-лицевой области также могут определяться различные галлюцинации, в основном: тактильные, вкусовые и обонятельные. Однако в литературе орофациальные галлюцинации практически не освещены, и данные представлены в виде единичных статей, разбирающих редкие клинические случаи. Так, Hayashi H. et al. (2004) представили пациента с жалобами на постоянное наличие «мембраны» в ротовой полости. Akahane T. et al. (2009) сообщают о пациенте, жалующемся на наличие второй нижней челюсти с дополнительными зубами, которые продолжают расти. Slattery H., Nance M. (2015) в своей статье привели клинический случай с ощущением скапливания пищи в ротовой полости после каждого приема.

Более подробно изучена инфестация ротовой полости: психодерматологическое расстройство, проявляющееся убежденностью

пациента в заражении паразитами, при полном отсутствии медицинского подтверждения (Wong S., Bewley A., 2011).

Maeda K. et al. (1998) сообщают о самостоятельном варианте бредового кожного паразитоза – оральном. Бредовой паразитоз всегда сопровождается тактильными галлюцинациями и прогрессирует в соматический бред (Al-Imam A.M.L., 2016).

Оценить распространенность оральных галлюцинаций сложно не только из-за нехватки сведений в литературе и исследованиях. Свой вклад в данную проблему вносит и нежелание пациентов обращаться к врачу-психиатру, так как подобную рекомендацию воспринимают, как оскорбление (Lepping P., Freudemann R.W., 2008). Распространенность клинических случаев с дерматозойным бредом колеблется между 20 и 80 случаями на миллион человек ежегодно (Moriarty N. et al., 2019).

Бред инфекации и паразитоза рассматривается, как вариант инкапсулированного бредового расстройства, однако данный постулат подтверждался лишь в 26% клинических случаев, а в остальных 74% (выборка из 54 пациентов) бред входил в структуру других нозологических единиц (Hylwa S.A. et al., 2012).

Takahashi T. et al. (2001) в своем исследовании, опираясь на возрастной критерий, разделили пациентов с бредовым паразитозом на две группы – (1) инволюционную и (2) сенильную – и предположили, что в первой группе в основе расстройства лежат климактерические изменения, а во второй – возрастные органические.

Отдельной острой проблемой в стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии стоит дисморфическое расстройство. Пациенты могут жаловаться на некрасивое лицо, губы, нос, кожу, быть неудовлетворенными размером и формой различных частей тела, в том числе челюсти, скулы и так далее, а также могут предъявлять жалобы на некрасивую

форму зубов, недостаточную их белизну, неровный ряд и так далее (Cunningham S.J. et al., 2000; De Jongh A. et al., 2009; Sarwer D.B., et al. 2010; Rodríguez C.P. et al., 2019).

Исследователи приводят разные данные о распространенности дисморфии. Так, Veale D. et al. (2016) озвучивают следующие цифры: 20% пациентов в ринопластической хирургии страдали от дисморфии, до 9% в клинике косметической дерматологии, 13% в общей косметической хирургии, 11% в дерматологической клинике, борющейся с акне, до 11% в отделении ортогнатической хирургии, 5% в косметической стоматологии и до 11% в общей дерматологии. Однако достоверно говорить о реальных цифрах является затруднительным, так как вышеуказанные отделения можно рассматривать, как смежные (дерматологические отделения), а пластические операции на лицо могут проводить и челюстно-лицевые хирурги, и хирурги-отоларингологи, и непосредственно пластические хирурги.

Dey J.K. et al. (2015) с помощью скринингового опросника выявили дисморфию у 13,1% пациентов, обратившихся за косметической операцией, однако, несмотря на высокую распространенность пациентов с дисморфией, это состояние часто остается недиагностированным. К схожему заключению приходят Joseph A.W. et al. (2017), которые с помощью скрининга выявили дисморфию у 9,7% пациентов, в то время как, в той же группе хирурги подозревали дисморфию лишь в 4,0% случаев.

Предположительно, самый высокий процент пациентов с дисморфией встречается среди тех, кто обращается за ринопластикой. Так, по данным De Souza T.S.C. et al. (2021) каждый третий случай обращения (35,1%) соответствовал критериям дисморфического расстройства.

Vulink N.C.C. et al. (2008) и Collins B. et al. (2014) сообщают о 10% и 13% случаев с дисморфией соответственно среди обращающихся за ортогнатической операцией.

Ортодонты, как врачи эстетического направления в стоматологии, чаще других сталкиваются с пациентами с дисморфией (Polo M., 2011).

Herburn S., Cunningham S. (2006) выявили дисморфию у 7,5% пациентов, обратившихся за ортодонтической коррекцией. Приблизительные цифры приводят Sathyanaarayana H.P. et al. (2020) определившие 5,2% случаев, соответствующими критериям дисморфического расстройства. Однако распространенность вышеописанного СНС предположительно больше, что может быть связано с трудностями диагностики дисморфического расстройства врачами-ортодонтами.

De Jongh A., Adair P. (2004) отмечают, что тяжелые психические расстройства в виде бреда и галлюцинаций стоматологам не так сложно выявить, однако гораздо большие трудности вызывает диагностика психических расстройств без таких очевидных симптомов.

Тот же автор, De Jongh A. et al. (2008), в своей следующей работе рекомендует не забывать о нормальных вариантах неудовлетворенности своей внешностью и не рассматривать всех пациентов с подобными жалобами, как страдающих дисморфией.

Herruer J.M. et al. (2015) и Rosten A. et al. (2018) с целью идентификации дисморфических расстройств советуют обращать внимание на нереалистичные ожидания от операции, нарциссические и обсессивные черты личности, а также на многочисленные консультации у других врачей с однотипными жалобами.

Врачам следует избегать медицинских вмешательств у пациентов с дисморфией, вместо этого необходимо в сочувствующем стиле объяснять им нецелесообразность проведения манипуляций и рекомендовать обратиться к врачу-психиатру (Scott S.E., Newton J.T., 2011).

В отличие от многих других орофациальных СНС, у синдрома фантомного прикуса (СФП) есть общепризнанный автор – Marbach J.J.

Пациенты с СФП жалуются на «неправильный» прикус, хотя при физикальном обследовании и по данным лучевых диагностов у них не выявляются патологические изменения, несмотря на это, пациенты убеждены в необходимости стоматологического вмешательства с целью коррекции прикуса (Marbach J.J., 1976). В своих дальнейших работах автор продолжает изучать вышеописанную патологию и приходит к выводу, что СФП является проявлением психического расстройства («моносимптомный ипохондрический психоз»), с которым пациенты редко попадают к врачу-психиатру (Marbach J.J., 1978; Marbach J.J. et al., 1983). Он же, в качестве альтернативы психиатрической этиологии СФП, рассмотрел нейроматричную теорию, которая предполагает, что после каких-либо изменений в окклюзии зубов, нейроматрица не распознает прикус, как собственный (Marbach J.J., 1996).

Несмотря на давность открытия, СФП остается малоизученной патологией. Jagger R.G., Korszun A. (2004) описывают три клинических случая с жалобами на неправильный прикус и приводят результаты психиатрического обследования этих пациентов: выявлялись депрессивное расстройство и расстройства личности.

Наиболее вероятным триггером развития СФП является предшествующее протезирование (Yamaguchi T. et al., 2007).

Leon-Salazar V. et al. (2012) рекомендуют при выявлении у пациентов клинически неподтвержденных жалоб на неправильную окклюзию и длительную историю малоуспешных стоматологических вмешательств направлять их к врачу-психиатру. Одновременно с этим Ligas B.B. et al. (2011) приводят результаты опроса среди ортодонт США: около половины из них оказались незнакомы с термином СФП. Соответственно – нет достоверных данных о распространенности патологии.

Nara E.S. et al. (2012) в своем ретроспективном анализе сообщают о среднем возрасте пациентов с СФП – $51,7 \pm 10,6$ лет – и более частой встречаемости среди женщин (в пять раз). Приблизительные данные приводят Watanabe M. et al. (2015): средний возраст обследуемых пациентов с СФП составил $53,0 \pm 13,1$ лет, у женщин патология выявлялась так же в пять раз чаще.

Вопрос о распространенности СФП остается открытым. Kelleher M.G. et al. (2017) и Imhoff V. et al. (2020) сообщают об отсутствии достоверных сведений, касаемо эпидемиологии СФП.

Наравне с предположениями о том, что СФП является соматическим проявлением психического расстройства (Oguchi H. et al., 2017), есть и альтернативное мнение, что окклюзионные проблемы СФП ранее не выявлялись из-за недостаточно развитых технологий (Sutter B.A., 2017), и автор приводит пример успешной диагностики и лечения с помощью методов «сокращения времени исключения» с использованием «немедленной полной разработки переднего наведения» коронопластики, хотя и отмечает, что один клинический случай не отменяет все остальные.

В качестве одного из методов диагностики СФП Ono Y. et al. (2016) рекомендуют оценивать префронтальную гемодинамическую активность.

Umezaki Y. et al. (2020) выявили у пациентов с СФП дисбаланс в кровотоке таламуса и височной области, а также взаимосвязь симметричных паттернов регионального мозгового кровотока и склонность пациентов обвинять своих предыдущих стоматологов.

Shinohara Y. et al. (2020) изучали пациентов с СФП по принципу уни- и билатеральных жалоб на окклюзию и обнаружили, что для левостороннего и двустороннего СФП более характерна коморбидность с депрессией.

В серии клинических случаев авторы оценивают состояние пациентов с СФП, как психотическое, и отмечают, что каждое стоматологическое

вмешательство с целью исправления прикуса ухудшало клиническую картину пациентов, и рекомендуют для лечения таких пациентов в первую очередь привлекать врача-психиатра (Watanabe M. et al., 2021).

Малоизученной проблемой в стоматологии является аутоагрессивное поведение (АП). Подавляющее большинство исследований АП, реализующегося в челюстно-лицевой области и ротовой полости, представляет собой описания единичных случаев, что существенно затрудняет достоверную оценку распространенности патологии, половозрастных и клинических характеристик (Limeres J. et al., 2013).

В отсутствие объема информации о данном виде СНС предположительно свой вклад вносят попытки пациентов скрыть факты аутоагрессивного поведения.

Porter R. et al. (2006) приводят клинический случай пациентки, которая на фоне психоэмоционального стресса нанесла себе повреждения фабричными ножницами в область передних зубов, что было выяснено случайным образом в виду отсутствия органической патологии и обращения пациентки с жалобами на внешний вид и снижение функции.

Другой клинический случай самоповреждения приводят Sarkhel S. et al. (2011), в котором описывают молодого человека, так же на фоне психоэмоционального напряжения, укусившего себя за слизистую щеки и испытавшего при этом некоторое внутреннее облегчение, что в дальнейшем привело к учащению и усилению укусов за слизистую щек.

Cannavale R. et al. (2015) в своем исследовании выявили 19 пациентов с оральным АП, клиническая картина которых была представлена множественными эрозиями и изъязвлениями языка и губ, также обнаружались и другие варианты АП: онихофагия, расчесы на коже рук, ног, лица, шрамы от прежних ранений и т.д.

Еще меньшее количество статей посвящено проблемам АП в челюстно-лицевой хирургии. Так, Malaga E.G. et al. (2016) описывают два клинических случая с нанесением самоповреждений в области головы и шеи. Основная масса исследований освещает клинические характеристики деформаций лица и головы после преднамеренных самострелов, а также варианты их хирургического лечения, возможных осложнений в послеоперационном периоде и т.д. (Yuksel F. et al., 2004; Guevara C. et al., 2016; Elegbede A. et al., 2019).

Çalikuşu C. et al. (2003) описывают различные области реализации психогенных экскориаций, в том числе – лицо (второе место после конечностей). Однако, в таком случае, пациенты, предположительно, будут обращаться за медицинской помощью не к челюстно-лицевым хирургам, а дерматологам.

Одновременно с дерматологами пациентов с АП выявляют и пластические хирурги. Так, Tollefson T.T. et al. (2004) описали несколько клинических случаев с изъязвлениями носа, как результат самоповреждающего действия.

У пациентов с различными формами аутоагрессивного поведения чаще всего выявляются аффективные расстройства, тревожные расстройства, расстройства шизофренического спектра, расстройства личности (Arnold L.M. et al., 2001; Haw C. et al., 2001; Çalikuşu C. et al., 2003).

Каждый отдельный случай АП требует индивидуального подхода с учетом локализации и типа самоповреждения, а также лежащих в их основе психических расстройств (Ciorba I. et al., 2014).

Из всех СНС, встречающихся в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, наименее изученным остается истерический паралич мимической мускулатуры (ИПММ). В литературе данная патология встречается в виде единичных клинических случаев. Так, Halper I.S. (1966) описывает развитие

ИПММ у мужчины, лишившегося возможности стать актером. Blinder D. et al. (1996) приводят несколько клинических случаев с ИПММ, развившимся через 3-4 месяца после перенесенных травм и операций челюстно-лицевой области. Авторы отмечают, что по результатам компьютерной томографии, электромиографии и неврологического обследования органическая основа паралича мимической мускулатуры не выявлялась.

1.4. Резюме

Представленные литературные данные свидетельствуют о неразрешенных вопросах соматически необъяснимых симптомов в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Среди исследователей нет единства мнений относительно патогенеза СНС. Отсутствует общепринятая классификация СНС, реализующихся в челюстно-лицевой области, не разработаны критерии диагностики и дифференциальной диагностики СНС и рекомендованная тактика лечения.

Проводимые исследования и опубликованные работы в своем абсолютном большинстве выполнены стоматологами, неврологами, эндокринологами, отоларингологами, гастроэнтерологами и т.д., однако без привлечения врачей-психиатров. Соответственно, не проведена психопатологическая оценка СНС.

В качестве коморбидных соматически необъяснимым симптомам состояний авторы приводят тревожные и депрессивные расстройства, которые выявляют с помощью опросников и самоопросников, а не посредством клинической консультации. Одновременно с этим игнорируется весь остальной спектр возможных психических расстройств, лежащих в основе СНС.

Вышеизложенное однозначно свидетельствует об актуальности и социально-медицинской значимости проводимого исследования.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование выполнено в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Набор клинического материала осуществлялся на базе ФГБУ НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России.

2.1. Материал исследования

В исследование включены 130 амбулаторных пациентов, находившихся на лечебно-диагностической курации в ФГБУ НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России. Выборка пациентов проводилась сплошным методом. Поводом для включения в исследование было направление стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами обратившихся к ним больных на консультацию врача-психиатра в тех случаях, когда имели место поведенческие проявления психических расстройств, а жалобы в челюстно-лицевой области и ротовой полости не соответствовали клинической картине соматической патологии и не подтверждались соответствующими методами обследования. Квалификация психического состояния пациентов проводилась в соответствии с критериями МКБ-10.

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.

Критерии включения:

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

Критерии исключения:

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

Основными мотивами отказа пациентов были бытовые страхи и предубеждения в отношении психиатров и психиатрии в целом, а также опасения «нежелательных последствий консультации»: постановка на диспансерное наблюдение в психоневрологическом диспансере, аннулирование медицинского заключения на право управления транспортным средством, увольнение с работы, признание недееспособным, возможность «прослыть дураком и сумасшедшим».

Одновременно с этим отказывавшиеся пациенты высказывали сомнения и неверие относительно психопатологического происхождения имеющихся соматических жалоб. Некоторые из них враждебно и подозрительно реагировали на перенаправление к врачу-психиатру, обвиняли врачей в предварительном сговоре, попытке «замести следы» медицинских ошибок.

Информация о причинах отказа пациентов от консультации врача-психиатра была получена от стоматологов и челюстно-лицевых хирургов с целью дальнейшей систематизации этих результатов, анализа и последующей разработки методов преодоления психиатрической стигмы.

Возрастная периодизация была проведена на основе принятой Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) классификации (Таблица 2.1).

Таблица 2.1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст \ Пол	Женщины		Мужчины	
	n	%	n	%
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

Из таблицы видно, что общую выборку с заметным перевесом (2/3 пациентов) представляли женщины старше 45 лет (средний возраст пациентов составил 55,6 лет у женщин и 48,6 лет у мужчин). Это обстоятельство указывает на существенную роль инволюционных (климактерических) факторов, участвующих в развитии соматоформных психических расстройств, локализующихся в челюстно-лицевой области. Помимо прочего, это может быть обусловлено известным ростом степени ипохондрической озабоченности с возрастом, уходом на пенсию и появлением свободного времени для обращений за медицинской помощью, увеличением общей невротизации в период инволюционного криза с

развитием и закреплением в части случаев психологического механизма «условной желательности» болезни.

В рамках проводимого исследования у пациентов были выявлены и определены следующие соматически необъяснимые симптомы (СНС) в челюстно-лицевой области (Рисунок 2.1):

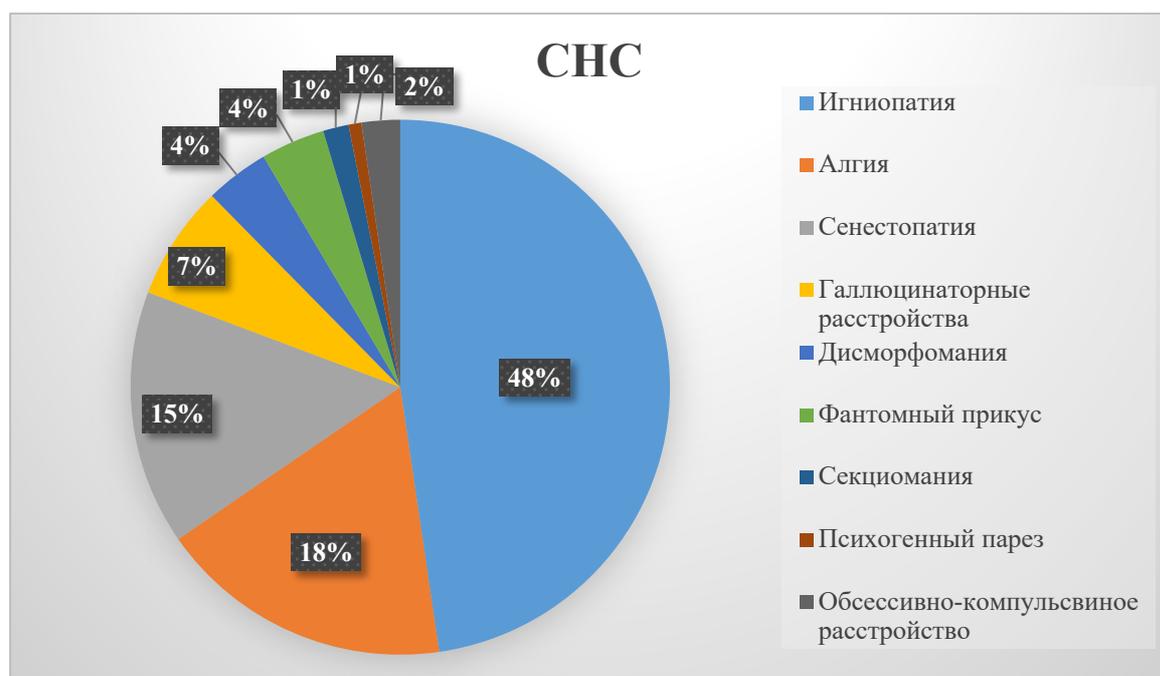


Рисунок 2.1. Представленность СНС в общей выборке.

Как видно из диаграммы, наибольшее число симптомов относилось к категории расстройств ощущений – алгия, сенестопатия и игниопатия¹. Последнее представляет собой особое расстройство ощущений, возникающее в ротовой полости и не отвечающее клиническим критериям ни парестезий, ни сенестопатий. Главной жалобой этих больных было устойчивое ощущение жжения языка и слизистых ротовой полости («синдром жжения рта» по Grushka M. et al., 2002; Crow H.C., Gonzalez Y., 2013; Jääskeläinen S.K., Woda A., 2017). Этому расстройству было решено дать название «игниопатия» (от латинского «ignis» – огонь и от греческого

¹ 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>.

«πάθος» – страдание, болезнь). Его подробное клинико-динамическое описание и дифференциальная диагностика представлены в 3 главе.

2.2. Методы исследования

Обследование больных проводилось с использованием следующих методов исследования:

- ❖ Клинико-психопатологический – клиническая беседа, сбор субъективного и объективного анамнезов, ознакомление с имеющимися медицинскими заключениями;

- ❖ Клинико-динамический – оценка психического статуса пациентов в динамике на фоне проводимой терапии, оценка изменения СНС;

- ❖ Клинико-катамнестический - оценка психического состояния больных через год после первой консультации. Катамнестическая группа набиралась из комплаентных пациентов, которые регулярно посещали психотерапевтические консультации и строго следовали медикаментозным назначениям. Катамнез был собран у 102 пациентов (78,5% общей выборки);

- ❖ При проведении психодиагностического обследования использовались следующие психометрические шкалы:

1. Тест-опросник Леонгарда-Шмишека, методика акцентуации характера и темперамента личности (Leonhard K., 1968; Schmieschek H., 1970) – данный тест был разработан Карлом Леонгардом в 1968 году и в дальнейшем модифицирован Гансом Шмишеком в 1970 году. Русскоязычная адаптация для взрослых была произведена Блейхером В.М. в 1973 году. Опросник в классическом варианте состоит из 88 вопросов, на которые можно дать ответ «да/нет», и используется для выявления скрытых акцентуаций характера. Всего представлено 10 различных типов акцентуаций: эмотивный, тревожно-боязливый, гипертимический, аффективно-экзальтированный, дистимический, циклотимический, застревающий, демонстративный, возбудимый, педантичный. Для каждой

акцентуации максимальным показателем является 24 балла. Сумма баллов равная 12 считается пороговой и свидетельствует о наличии акцентуации.

2. Шкала самооценки депрессии Цунга (Zung W.W.K., 1965) – тест используется для самостоятельного заполнения пациентами с целью выявления депрессивного расстройства. В России самоопросник был адаптирован Балашовой Т.И. (1988). Тест состоит из 20 вопросов с возможными вариантами ответов: «крайне редко», «редко», «часто», «большую часть времени или постоянно». В зависимости от количества набранных баллов выделяют четыре состояния: нормальное состояние – менее 50 баллов; легкая депрессия – 50-59 баллов; умеренная депрессия – 60-69 баллов; тяжелая депрессия – свыше 70 баллов.

3. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлор-Норакидзе (Норакидзе В.Г., 1975; Taylor J.A., 1953) – тест был разработан Джанет Тейлор в 1953 году, как самоопросник для определения уровня тревоги. Оригинальный вариант состоит из 50 утверждений с ответами «да/нет». В России распространенность получил адаптированный вариант Норакидзе В.Г. (1975) с добавлением шкалы лжи (10 утверждений), которая ориентирована на выявление неискренности и социально одобряемых ответов пациентов при заполнении опросника. Используемый вариант теста содержит 60 утверждений. При интерпретации результатов рекомендуется для начала оценивать искренность ответов пациентов. Сумма баллов выше 6 свидетельствует о социально желательных утверждениях. После обрабатываются ответы по шкале тревоги: низкий уровень тревоги – 0-5 баллов; средний с тенденцией к низкому уровню тревоги – 5-15 баллов; средний с тенденцией к высокому уровню тревоги – 15-25 баллов; высокий уровень тревоги – 25-40 баллов; крайне высокий уровень тревоги – 40-50 баллов.

4. Индекс Уайтли (Pilowsky I., 1967) – индекс представляет из себя самоопросник для определения наличия и степени ипохондрии. Тест получил всемирную распространенность и был неоднократно модифицирован и

адаптирован под разные страны, однако оригинальный вариант, состоящий из 14 вопросов с ответами «да/нет», до сих пор сохраняет свою актуальность и широко используется в исследованиях. Вопросы сгруппированы в 3 фактора: соматическая озабоченность, страх болезни, убежденность в болезни. Каждый ответ «да» оценивается в 1 балл. Подсчет можно вести, как отдельно по трем факторам, так и суммарно. В проводимом исследовании использовался общий итоговый показатель: отсутствие/низкая степень ипохондрии – 0-4 баллов; средняя степень ипохондрии – 5-9 баллов; высокая степень ипохондрии – ≥ 10 баллов.

5. Шкала общего клинического впечатления (The Clinical Global Impression Scale (CGI)) (Guy W., 1976) – тест используется для оценки состояния пациентов и его динамики в ходе лечения. Инструмент включает в себя 3 части: (1) шкала тяжести состояния (The Clinical Global Impression – Severity Scale (CGI-S)), (2) шкала улучшения состояния (The Clinical Global Impression – Improvement Scale (CGI-I)), (3) индекс эффективности лечения (The Clinical Global Impression – Efficacy Index (CGI-E)). Первые две части состоят из 7 пунктов каждая. Третья часть представляет собой сетку 4x4, с помощью которой рассчитывается индекс эффективности в зависимости от терапевтического эффекта и побочных действий препарата.

В соответствии с критериями МКБ-10 все пациенты, набранные в исследование, были распределены по пяти основным категориям (Таблица 2.2).

Представленность психических расстройств среди пациентов с СНС
в соответствии с МКБ-10

Блоки и шифры МКБ-10	n	%
Органические, включая симптоматические, психические расстройства – F0	12	9,2
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – F2	41	31,5
Расстройства настроения (аффективные расстройства) – F3	15	11,5
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства – F4	45	34,6
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – F6	17	13,2

Как видно из таблицы в исследуемой выборке преобладают пациенты с невротическими расстройствами и расстройствами шизофренического спектра. Приблизительно равное количество пациентов распределено между остальными нозологическими группами.

2.3. Анализ полученных данных

Исследование проводилось в четыре этапа.

На первом этапе проводился анализ современной российской и зарубежной литературы с целью определения актуальности проблематики СНС в практике врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов и степени ее разработанности. Полученные результаты сопоставлены с диагностическими критериями соответствующих рубрик МКБ-10 (преимущественно – соматоформные расстройства) и сведены в итоговый обзор литературы.

На втором этапе сформированы критерии включения и исключения в исследование, составлен его дизайн и подготовлен протокол научного исследования, который был обсужден и одобрен на заседании Локального Этического комитета ФГБОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени 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). По результатам заседания Этического комитета был утвержден лист информированного добровольного согласия пациента для включения в научное исследование.

На третьем этапе исследования осуществлялась регистрация выявленных вариантов СНС у пациентов, которые были сгруппированы по схожим клиническим признакам. На основе проведенного клинко-психопатологического и психометрического анализа была составлена рабочая классификация СНС.

На четвертом этапе обрабатывались результаты комплексного обследования пациентов. Определялось характерное соотношение психических расстройств и выявленных СНС. Проведена оценка результатов исследования психометрическими шкалами: уровня тревоги, депрессивных расстройств и ипохондрических состояний. Определялась их коморбидность с теми или иными СНС. Одновременно с этим были проанализированы варианты акцентуаций характера и их возможная корреляция с различными клиническими проявлениями СНС.

В ходе проводимого клинко-катамнестического исследования с использованием шкалы Общего клинического впечатления оценивалась динамика изменения выраженности психических расстройств и интенсивности симптоматики СНС. На этой основе была проведена оценка

эффективности проводимой терапии и определены наиболее оптимальные ее стратегии с учетом синдромально-нозологической специфики СНС.

Верификация полученных в результате сравнительного исследования данных проводилась с помощью углового преобразования Фишера (критерий φ^*), реализованная в программном пакете Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011). Уровень статистической значимости: $p \leq 0,05$.

Глава 3. КЛИНИКА, ДИНАМИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ
ПРОГНОЗ СОМАТИЧЕСКИ НЕОБЪЯСНИМЫХ СИМПТОМОВ В
СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Проведенный психопатологический анализ соматически необъяснимых симптомов (СНС) позволил провести их клиническую типологизацию и выделить три группы расстройств: 1 группа – СНС с преобладанием расстройств ощущений, 2 группа – СНС с преобладанием расстройств восприятия и представлений, 3 группа – СНС с преобладанием расстройств влечений и психомоторики (Таблица 3.1).

Таблица 3.1

Классификация соматически необъяснимых симптомов

I. Расстройства ощущений			II. Расстройства восприятия и представлений			III. Расстройства влечений и психомоторики		
105 пациентов; 80,8% ²			19 пациентов; 14,6%			6 пациентов; 4,6%		
СНС	n	% ³	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						

² Процент посчитан от общей выборки (n=130).

³ Процент посчитан внутри каждой группы.

3.1. Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств ощущений

Данную группу составили пациенты (105 больных; 80,8% общей выборки), чьи жалобы преимущественно относились к сфере ощущений. В ходе обследований были выявлены такие СНС, как ощущение жжения, сухости, неприятного (горького/металлического/кислого) привкуса в ротовой полости, болевые ощущения в челюстно-лицевой области, а также вычурные, субъективно тягостные, полиморфные ощущения (Таблица 3.2).

Таблица 3.2

Классификация расстройств ощущений

Игниопатия				Алгия				Сенестопатия	
психогенная		эндогенная		психогенная		сенесталгия			
n	% ⁴	n	%	n	%	n	%	n	%
55	52,4	7	6,6	20	19,1	3	2,8	20	19,1

Особый интерес представляла большая группа больных с жалобами на жжение в различных участках ротовой полости. У пациентов с данным вариантом СНС отмечались однотипные жалобы на ощущение жжения на языке, небе, слизистой щек, десен, губ. Ощущение жжения невозможно было отнести к известным расстройствам ощущения и восприятия, таким как парестезия, гиперестезия, сенестопатия, алгопатия, обманы восприятия. В частности, при этих расстройствах отсутствовали характерные для парестезий ощущения «ползания мурашек» и не было сопутствующей соматоневрологической патологии в этой области. Нельзя было эти симптомы отнести и к гиперестезиям (повышенная чувствительность к физическому воздействию) в связи с непосредственным отсутствием внешнего раздражителя. В группу алгий эти жалобы также не укладывались

⁴ Здесь и далее процент посчитан от группы пациентов с преобладанием расстройств ощущений (n=105).

из-за отсутствия прямых указаний на болевые ощущения. Ближе всего эти нарушения были к сенестопатиям, однако и в эту категорию расстройств их включать было не корректно, так как они не отличались тягостностью, мучительностью, жалобы не были вычурными, отсутствовала их паралогическая интерпретация. Не было у этих пациентов и клинических признаков обманов восприятия – в их жалобах отсутствовали указания на восприятие несуществующих объектов, насекомых или паразитов (предметность жалоб). В зарубежной литературе (Grushka M. et al., 2002; Wu S. et al., 2022) это состояние описывают как «синдром жжения рта». В других источниках можно найти близкий по описанию симптом «глоссалгии» (Терещенко А.В., Джапуева А.Я., 2021). Однако эти термины недостаточно точно отражают суть субъективных переживаний больных и их клиническое содержание.

Описываемый вид СНС характеризуется однообразной симптоматикой, доминирующей в клинической картине, – ощущение жжения, которое в неизменном виде выявляется у большого количества различных пациентов. Одновременно с этим по основным клиническим проявлениям данный вид СНС отличается от других перцептивных расстройств.

Вышеуказанное дает основание для введения в психиатрическую и стоматологическую практику соответствующего термина – «игниопатия» (*от лат. «ignis» – огонь и греч. «πάθος» – страдание, болезнь*).

3.1.1. Игниопатия

При детальном разборе 62 случаев СНС с игниопатией, несмотря на внешнее сходство в симптомах, стало целесообразным выделение двух подгрупп: психогенная игниопатия и эндогенная игниопатия – 55 (52,4%) и 7 (6,6%) случаев соответственно. В последующих разделах подробнее описаны различия в симптоматике.

3.1.2. Психогенная игниопатия

Основной жалобой у пациентов с психогенной игниопатией было ощущение жжения, которое также могло сопровождаться ощущением сухости ротовой полости, зудом и неприятным привкусом во рту.

Так, пациентка сообщала, что испытывала неприятные ощущения в ротовой полости, а именно: жжение слизистой щек и сухость всей ротовой полости. Со временем появился металлический привкус во рту (несмотря на то, что были удалены металлические вкладки).

Другой пациент описывал свои жалобы таким образом:

«Меня беспокоит жжение языка – кончик языка жжет. Я много читал об этом состоянии, слышал, что жжение часто сопровождается каким-то привкусом неприятным и сухостью, но у меня этого нет – только жжение».

В подавляющем большинстве случаев игниопатия манифестировала⁵ ощущением жжения (43,8%). Одновременно с этим были зарегистрированы такие варианты первичного проявления, как сухость (2,9%) и зуд в ротовой полости (1,9%), неприятный привкус во рту (1,0%), а также сочетанное начало нескольких СНС – ощущение жжения и сухости/неприятного привкуса (2,9%).

Вышеописанные симптомы следует рассматривать, как единый симптомокомплекс. Их выделение, в качестве разных состояний, клинически не обосновано. Изолированные проявления СНС не в виде ощущения жжения (5,7%) необходимо квалифицировать, как этапы развития игниопатии.

⁵ В разделе «Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств ощущений» процент манифестации выше 100%, так как у одного и того же пациента могли регистрироваться несколько различных ощущений.

Так, пациентка отметила возникновение постоянного ощущения сухости в ротовой полости, которое в дальнейшем «перешло» в чувство жжения языка.

Во всех шести случаях наблюдалось либо подобное развитие ощущений сухости, зуда и неприятного привкуса в ощущение жжения, либо присоединение ощущения жжения к уже имеющимся симптомам. Необходимо отметить, что выделение ощущения зуда в самостоятельную единицу является нецелесообразным, так как пациенты ошибочно принимали ощущение жжения за зуд, что сами отмечали при подробном расспросе. Лишь 2 пациента из 55 настаивали на том, что помимо беспокоящего ощущения жжения, также испытывали чувство зуда, что скорее всего, связано со спецификой восприятия ощущений.

В ходе обследования были выявлены клинические случаи, как с одновременным наличием триады симптомов (жжение, сухость, неприятный привкус), так и с частичным их сочетанием. Описанные состояния были обозначены, как *завершенный* и *незавершенный* игниопатический синдромы соответственно.

На момент осмотра в 48 случаях (45,7%) определялась картина незавершенного игниопатического синдрома и в 7 (6,7%) – завершенного игниопатического синдрома. Одновременно с этим в 13 случаях (12,4%) пациенты с игниопатией жаловались на периодически возникающие болевые ощущения в зубах и челюстно-лицевой области (которые были расценены, как психогенные алгии) и в 4 случаях (3,8%) на ощущение «кома» в горле.

Клинические наблюдения, которые проявлялись бы без ощущения жжения, выявлены не были, что дополнительно подтверждает гипотезу об этапах развития неприятных ощущений от сухости/неприятного привкуса до ощущения жжения.

В качестве пускового механизма в возникновении СНС были выделены два вида событий:

1) Психотравма (26; 24,8%):

Со слов пациентки известно, что ощущение жжения кончика языка возникло после того, как ее невестка попала в автокатастрофу, в результате которой последняя лишилась возможности забеременеть (на тот момент сын пациентки и его супруга не имели детей).

Другой пациент сообщил:

«У меня обнаружили болезнь Паркинсона. Ознакомился с диагнозом, по сути – это приговор, сидишь и ждешь конца». В течение нескольких дней пациент отметил появление жжения кончика языка. «Неврологи сказали, что это связано со стрессом, но не с Паркинсоном».

2) Медицинское (стоматологическое/хирургическое) вмешательство (17; 16,2%).

Пациенты сообщали, что у них развивалось жжение либо сразу, либо в течение недели после различных стоматологических вмешательств – санация полости рта, протезирование, удаление зуба, лечение кариозных участков и т.д.

Так, пациентка отметила возникновение жжения десны рядом с местом лечения после того, как «встала из стоматологического кресла».

В части случаев (12; 11,4%) пациенты не могли связать возникновение неприятных ощущений с психотравмирующим событием. Также не прослеживалась временная связь с лечением у стоматолога и/или челюстно-лицевого хирурга (развитие СНС более, чем через месяц от медицинского вмешательства). Однако аутохтонное начало СНС является условным. У этих пациентов при более детальном расспросе выявлялось, что они длительно пребывали в психотравмирующей обстановке: затяжной конфликт, ссоры и

недопонимания с членами семьи, трудности в рабочем коллективе и т.д. И по времени это травмирующее воздействие совпадало с периодом существования игниопатии.

Пациентка на фоне разногласий с невесткой и сватьей стала реже получать приглашения к ним в гости, одновременно с этим отдалился сын, перестали вовлекать ее в воспитание внука. В дальнейшем пациентка отметила появление ощущения жжения кончика языка.

Игниопатия в подавляющем большинстве случаев (39,0%⁶) возникала на языке: кончик, тело, корень, боковые поверхности языка. Также ощущение жжения выявлялось на губах (2,9%), слизистой щек (2,9%), деснах (2,9%). У пятерых пациентов (4,8%) жжение охватывало «всю» ротовую полость.

Характерным проявлением игниопатии является миграция симптоматики в пределах ротовой полости. Пациенты (43; 41,0%) отмечали неоднократное изменение локализации ощущения жжения в ротовой полости. Следует подчеркнуть, что миграция СНС не сопровождалась расширением «зоны поражения» (расширение не выявлялось (55; 52,4%) в клинических наблюдениях с психогенной игниопатией).

Так, пациент отметил появление ощущения жжения на деснах, которое «переходило» на слизистую щек с одновременным «исчезновением» жжения на прежнем месте.

У большинства пациентов (37; 35,2%) отсутствовал суточный ритм интенсивности симптоматики СНС (ощущение жжения беспокоило на протяжении всего дня). Одновременно с этим в 16 клинических случаях (15,2%) определялся инвертированный суточный ритм, что сами пациенты связывали с возможностью «отвлечения» от неприятных ощущений во время работы.

⁶ В разделе «Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств ощущений» процент локализации выше 100%, так как неприятные ощущения могли возникать сразу в нескольких местах.

Так, пациент отмечал, что днем «забывал» о жжении ротовой полости, а к вечеру, после работы, «вспоминал».

Лишь в двух случаях (1,9%) был зарегистрирован правильный суточный ритм.

Со слов пациента: «Просыпаюсь с мыслями, как бы дожить до вечера, когда жжение начнет отпускать, а ночью ложусь спать со страхом, что с утра все повторится».

Для игниопатических расстройств⁷ наиболее характерным вариантом суточного ритма является его отсутствие, что подтверждалось статистическим анализом: при игниопатии достоверно чаще выявлялось отсутствие суточного ритма, чем правильный суточный ритм ($p=0,04$) и инвертированный суточный ритм ($p=0,001$).

Пациенты с игниопатией были распределены в три группы по длительности ее существования (Таблица 3.3).

Таблица 3.3

Длительность течения психогенной игниопатии

Длительность течения	n	%
Менее 5 лет	47	44,8
Более 5 лет	5	4,8
Более 10 лет	3	2,9

При игниопатии достоверно чаще длительность течения составляла менее 5 лет, чем более 5 лет ($p=0,0001$) и более 10 лет ($p=0,0001$). Исходя из этих данных, можно косвенно судить о краткосрочности и обратимости этого расстройства. Игниопатия редуцируется, как правило, самопроизвольно

⁷ При проведении статистического анализа психогенная и эндогенная игниопатия рассматривались, как один вариант СНС – игниопатические расстройства; так же – психогенная алгия и сенесталгия – алгические расстройства.

после прекращения воздействия стрессового фактора, что указывает на ее преимущественно психогенный характер и более благоприятный прогноз.

Наряду с миграцией ощущений, еще одним характерным свойством психогенной игниопатии является волнообразное течение расстройства с эпизодами ослабления/усиления интенсивности симптомов, что непосредственно связано с дезактуализацией/актуализацией психотравмирующей ситуации. 26 пациентов (24,8%) отмечали, что СНС могли полностью «исчезать» на несколько недель/месяцев.

Со слов пациентки жжение возникло после конфликта супруга с его родным братом. Ощущение жжения было постоянным в Москве и полностью исчезло во время поездки с мужем в Таиланд. По возвращению, «как только шасси самолета коснулось посадочной полосы в Москве, у меня сразу вернулось жжение».

Психогенная игниопатия достоверно чаще ($p < 0,0001$) встречалась у женщин, чем у мужчин: среди 55 пациентов (52,4%) женщин – 47 (44,8%), мужчин – 8 (7,6%). Преобладание лиц женского пола оказалось значимым, как для всей выборки, так и для каждого вида СНС.

Распределение пациентов с психогенной игниопатией по возрасту проводилось в соответствии с принятой ВОЗ возрастной периодизацией (Таблица 3.4).

Таблица 3.4

Возраст возникновения психогенной игниопатии

Возраст начала	n	%
18-44	10	9,5
45-59	20	19,0
60-74	19	18,1
75-90	6	5,7

Раннее начало психогенной игниопатии (до 50 лет), как правило, было связано с более тяжелым психическим расстройством (эндогенная депрессия, расстройство личности), патологически протекавшим климаксом (раннее начало с обильной вегетативной симптоматикой), объективно тяжелым психотравмирующим событием: смерть ближайшего родственника, выкидыш, мертворождение и т.д.

Игниопатия была представлена непсихотическими вариантами психических расстройств следующих групп: Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0), Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3), Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4) и Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6) (Рисунок 3.1).

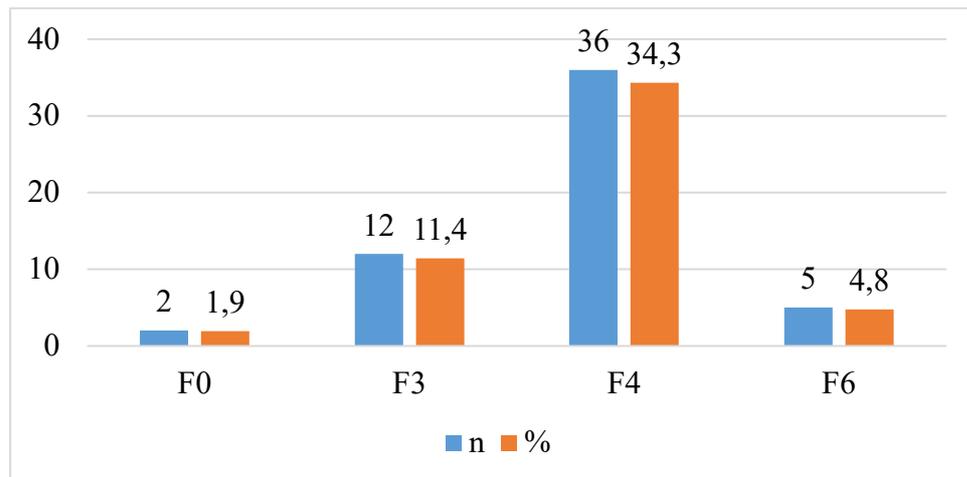


Рисунок 3.1. Нозологическая представленность психогенной игниопатии по МКБ-10.

Для всех видов игниопатий характерным является значительный тревожный компонент. Так при органической психической патологии игниопатия проявлялась органическим тревожным расстройством в связи со смешанными заболеваниями (F06.48; n=2; 1,9%). Большая группа непосредственно стресс-индуцированных, невротических состояний проявлялась ипохондрическим расстройством (F45.2; n=1; 1%), генерализованным тревожным расстройством (F41.1; n=1; 1%). В 34 случаях

(32,3%) определялся диагноз «Другие соматоформные расстройства» (F45.8) в виду отсутствия четких диагностических критериев и шифра для состояний с доминирующим ощущением жжения.

Игнииопатия при расстройствах аффективного спектра проявлялась биполярным расстройством с текущим гипоманиакальным эпизодом (F31.0; n=2; 1,9%) и, что более характерно, депрессивным эпизодом легкой степени с соматическими симптомами (F32.01; n=10; 9,5%).

Оставшиеся случаи игнииопатии были представлены группой расстройств личности, в частности регистрировались параноидное расстройство личности (F60.0; n=2; 1,9%), шизоидное расстройство личности (F60.1; n=1; 1%) и истерическое расстройство личности (F60.4; n=2; 1,9%).

При игнииопатии расстройства группы F4 выявлялись достоверно чаще, чем F3 ($p=0,02$) и F6 ($p=0,03$). Отсюда следует, что игнииопатическое расстройство с преобладающей вероятностью имеет психогенную природу и является специфическим расстройством перцепции для психогенных нарушений.

В ходе клинической беседы у пациентов не выявлялись нарушения ассоциативного мышления: больные отвечали по существу, в плане задаваемых вопросов. Свои ощущения никак не интерпретировали, не связывали с каким-то заболеванием. Высказывались обывательские предположения о возможном происхождении СНС (легко корригировались словесно), либо же их мнение являлось транслированием слов и заключений других врачей.

При сборе анамнестических сведений четыре пациента (3,8%) отмечали изначальное возникновение ощущения жжения на коже шеи, живота, груди, подмышек, влагалища. В дальнейшем игнииопатия меняла локализацию и «оседала» в ротовой полости. В одном из четырех случаев у

пациентки было одновременное ощущение жжения в ротовой полости и внутри влагалища.

Так, пациентка после женитьбы единственного сына целенаправленно стала реже с ним общаться, чтобы не вмешиваться в его личную жизнь («я не хотела в этом быть похожей на свою мать»). Одновременно с этим пациентка переехала на заработки в одну из арабских стран, где полностью ограничила личную и интимную жизнь. На этом фоне она отметила одновременное возникновение ощущения жжения на кончике языка и внутри влагалища. При осмотре стоматологом и гинекологом органической патологии выявлено не было, рекомендованная терапия не оказывала положительного эффекта.

Анализируя вышеописанные наблюдения, можно предполагать, что игниопатия является специфической формой психогенной реакции на психотравмирующие события, которая может возникать в любой части тела, а не только в ротовой полости.

3.1.3. Эндогенная игниопатия

При психогенной и эндогенной игниопатиях ведущим симптомом является ощущение жжения, однако при феноменологическом анализе выявлялись существенные различия в клинических проявлениях СНС, которые обусловили их разделение на две разные группы.

Для эндогенной игниопатии характерным является вычурность ощущений, трудности при их описании, необычные сравнения с использованием речевого оборота «как будто», что является одним из критериев дифференциальной диагностики.

Со слов пациентки: «Жжение, как будто наждачной бумагой натерли язык».

В отличие от психогенной игниопатии при эндогенной отсутствует миграция ощущений (7; 6,7%): СНС не меняют свою изначальную локализацию. Одновременно с этим отмечается тенденция к расширению зоны неприятных ощущений (7; 6,7%).

Пациент сообщал, что жжение началось на небе: «Горела одна точка, а потом жжение расплзлось по всему небу и захватило губы».

При обследовании могут обнаруживаться симптомы, нехарактерные для завершеного игниопатического синдрома (1,9%).

Так, пациентка жаловалась, что к ощущению жжения «добавилось стекание мокроты по задней части глотки», которую «никак не получается отхаркнуть».

Отмечается невозможность точно локализовать СНС:

«Знаете, очень сложно определить место жжения, наверное, где-то внутри челюсти».

Как и при психогенной игниопатии психотравмирующая ситуация может стать причиной возникновения СНС, однако при эндогенном варианте, происходит отрыв СНС от психотравмы, и течение приобретает самостоятельный характер; в случае дезактуализации стрессовой ситуации СНС остаются актуальными. Пациенты с эндогенной игниопатией не отмечали эпизодов улучшения/ослабления симптоматики (7; 6,7%).

Так, у пациентки возникло ощущение жжения в груди в связи с арестом супруга. Спустя пять лет супруг был освобожден, однако игниопатия сохранялась. Как отмечала сама пациентка: «Сила жжения не связана с переживаниями».

Дифференциально-диагностические клинические проявления психогенной и эндогенной игниопатии сведены в одну таблицу (Таблица 3.5).

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		✓	-

Манифестация эндогенной игниопатии происходила ощущением жжения (2,9%), жжением и сухостью ротовой полости (1,9%) и завершённым игниопатическим синдромом (1,9%).

На момент осмотра у пяти пациентов (4,8%) определялась картина незавершённого игниопатического синдрома, у оставшихся двух (1,9%) – завершённого. Одновременно с ощущениями жжения, сухости и неприятного привкуса в двух случаях (1,9%) выявлялись постоянные болевые ощущения в челюстно-лицевой области, при описании которых пациенты прибегали к обороту «как будто» (жалобы были расценены, как сенесталгия).

Пациенты сообщали, что в течение болезни СНС расширялись, покрывали «все больше площади», к имеющимся жалобам присоединялись ощущения «холодка, онемения» (1,9%).

Как и при психогенной игниопатии определились три варианта возникновения СНС:

- Аутохтонное начало (3,8%);
- Психотравма (1,9%);
- Медицинское вмешательство (1%).

Медицинские процедуры не только являлись причиной возникновения СНС, но и последующие вмешательства стойко утяжеляли имеющуюся симптоматику СНС.

Так, пациент после лечения «лазером» отметил ухудшение состояния: «Как только навели луч на точку жжения, то зажгло все небо».

Локализация эндогенной игниопатии практически полностью дублировала таковую при психогенной:

- вся ротовая полость (1,9%);
- язык (1,9%);
- язык и слизистая щек (1%);
- небо (1%);
- нижняя челюсть (1%).

Необходимо отметить, что ощущение жжения охватывало весь язык, а не отдельные части. Также важным отличием явилось то, что СНС находились не на поверхности кожи/слизистой, а в «глубине».

Со слов пациентки известно, что ощущение жжения возникло «в толще» языка.

Во всех семи случаях (6,7%) отсутствовал суточный ритм. Пациенты жаловались, что ощущение жжения не меняло своей интенсивности в зависимости от времени суток, беспокоило на протяжении всего дня.

Пациентка характеризовала ощущение жжения, как «монотонное, всегда одинаковое».

Также не определялась зависимость силы проявлений СНС от различных жизненных обстоятельств.

«Жжение само по себе живет, а я – сама по себе. Не зависит от стрессов и переживаний».

По длительности течения пациенты распределились на две группы: менее 5 лет (5; 4,8%) и более 10 лет (2; 1,9%).

Соотношение половой принадлежности оставалось актуальным и для эндогенной игниопатии: пять женщин (4,8%) и двое мужчин (1,9%).

Возрастное распределение начала СНС среди пациентов выглядело следующим образом (Таблица 3.6):

Таблица 3.6

Возраст возникновения эндогенной игниопатии

Возраст начала	n	%
18-44	2	1,9
45-59	4	3,8
60-74	1	1

Ключевым отличием эндогенной игниопатии является нарушение мышления у пациентов. Определялись такие варианты расстройства ассоциативного процесса, как резонерство, амбивалентность, нелепость, парадоксальность, паралогическое и символическое мышление.

Также необходимо отметить и эмоционально-волевые нарушения среди пациентов с эндогенной игниопатией: сглаженность эмоциональных реакций, снижение заинтересованности членами семьи. Нарастание замкнутости, аутистичности, скрытности; снижение энергетического потенциала.

Так, пациентка сообщала, что ей «некогда заниматься внуками, так как всегда найдется какое-то дело поинтереснее в домашнем хозяйстве».

Во всех семи случаях (6,7%) эндогенная игниопатия была представлена расстройствами шизофренического спектра, в частности – неврозоподобная шизофрения (F21.3; n=7; 6,7%).

Учитывая особенности проявления СНС при эндогенной игниопатии, выявляющиеся нарушения мышления и нарушения эмоционально-волевой сферы, эндогенную игниопатию следует рассматривать, как предсенестопатическое состояние, которое в дальнейшем трансформируется в сенестопатическое расстройство.

Таким образом, клинические характеристики игниопатического синдрома, проявляющегося ощущением жжения, сухостью ротовой полости и неприятным привкусом, позволили его синдромально классифицировать на три группы: истеро-конверсионная игниопатия, тревожная игниопатия и аффективная игниопатия (Рисунок 3.2).

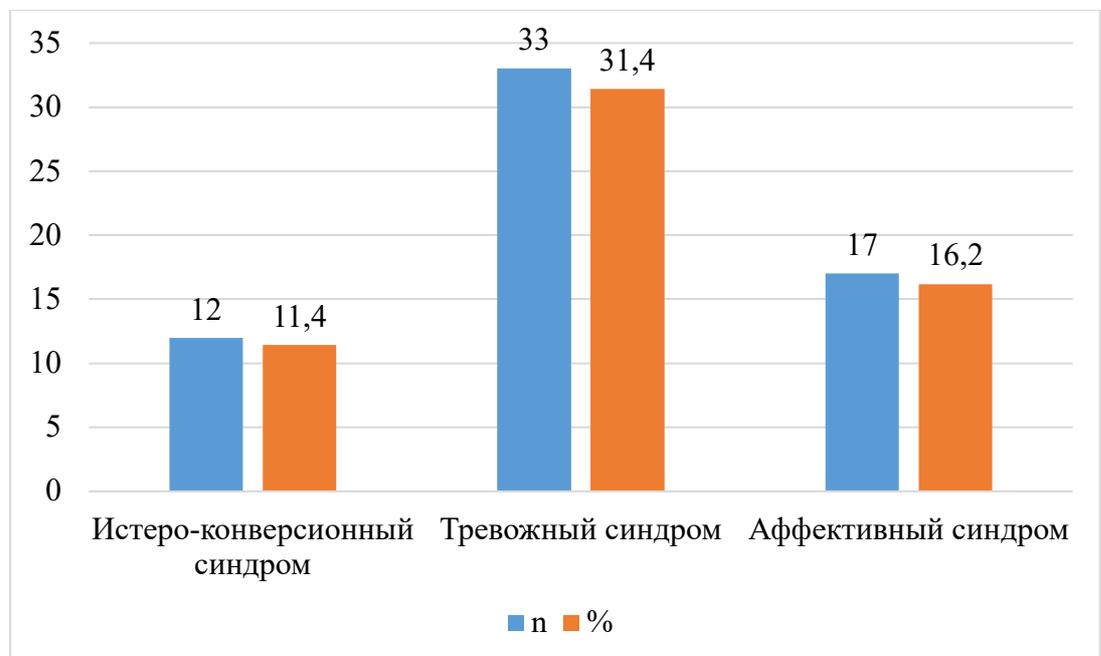


Рисунок 3.2. Синдромальные проявления игниопатических расстройств.

Игниопатические расстройства достоверно чаще ($p=0,04$) являлись клиническим проявлением тревожного синдрома, чем истеро-конверсионного. В этих случаях игниопатия по своей сути представляет соматоформный эквивалент психогенной тревоги.

3.1.4. Психометрическая оценка пациентов с игниопатическими расстройствами

В клинической структуре игниопатий большую долю занимало тревожное состояние, что подтверждалось используемым самоопросником Тейлора-Норакидзе (адаптация предусматривает оценку искренности ответов пациентов).

У 14 пациентов (22,6%⁸) определялся низкий уровень тревоги (либо же его отсутствие). Однако в подавляющем большинстве случаев 48 (77,4%) выявлялись тревожные состояния различного уровня: так в 16 случаях (25,8%) определялся средний с тенденцией к низкому, в 21 (33,9%) – средний с тенденцией к высокому и в 11 (17,7%) – высокий уровень тревоги. Одновременно с этим у пациентов с игниопатическими расстройствами не выявлялись состояния с очень высоким уровнем тревоги (Рисунок 3.3).

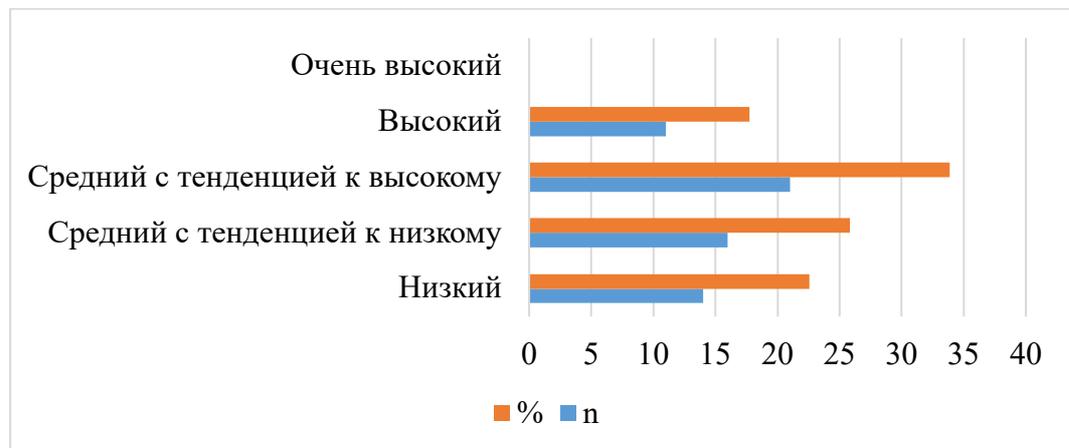


Рисунок 3.3. Результаты психометрии у пациентов с игниопатическими расстройствами с использованием самоопросника Тейлора-Норакидзе.

В 9 случаях (14,5%) выявлялась неискренность в ответах пациентов, что можно рассматривать, как склонность к социально-одобряемому поведению/ответам у лиц с тревожным состоянием.

⁸ При проведении психометрической оценки пациентов с игниопатическими расстройствами процент посчитан от выборки пациентов с указанным видом СНС (n=62).

Для измерения снижения настроения использовался самоопросник депрессии Цунга. Посредством проводимой психометрической оценки подтверждались результаты клинических консультаций, в ходе которых при игниопатических расстройствах в 43 случаях (69,3%) из 62 не определялась депрессивная симптоматика. В остальных 19 случаях (30,7%) результаты соответствовали состоянию с легкой депрессией (13; 21,0%) и средней депрессией (6; 9,7%) (Рисунок 3.4).

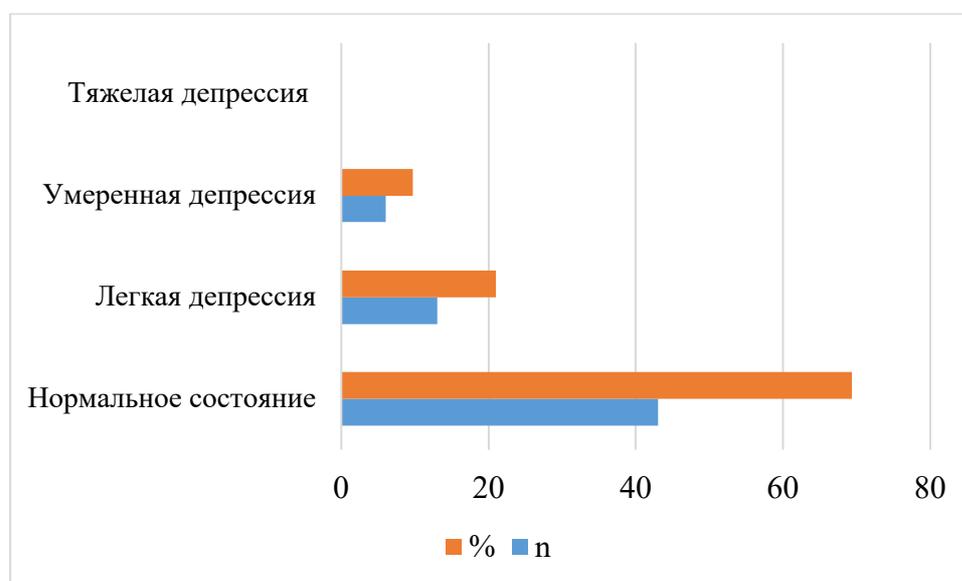


Рисунок 3.4. Результаты психометрии у пациентов с игниопатическими расстройствами с использованием самоопросника депрессии Цунга.

При игниопатических расстройствах достоверно чаще выявлялись состояния без депрессии, чем легкая депрессия ($p=0,001$) и умеренная депрессия ($p=0,004$). Одновременно с этим состояния с тяжелой депрессией выявлены не были.

С помощью индекса Уайтли оценивались наличие и степень ипохондрии при игниопатических расстройствах. В 39 случаях (62,9%) не определялись ипохондрические проявления. У 17 пациентов (27,4%) выявлялась средняя степень ипохондрии и у 6 (9,7) – высокая степень (Рисунок 3.5).

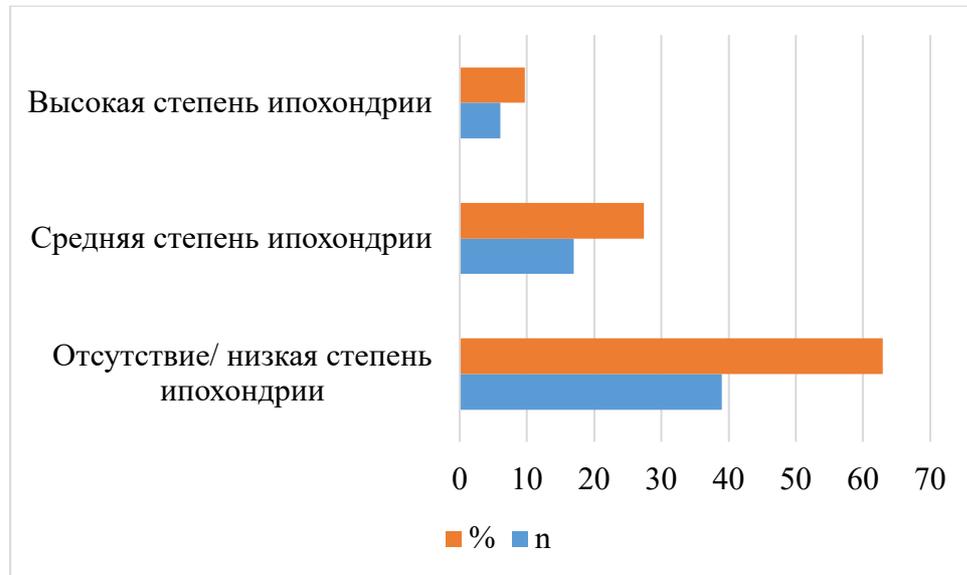


Рисунок 3.5. Результаты психометрии у пациентов с игниопатическими расстройствами с использованием самоопросника индекс Уайтли.

При игниопатии достоверно чаще выявляется отсутствие/низкая степень ипохондрии, чем средняя степень ипохондрии ($p=0,01$) и высокая степень ипохондрии ($p=0,01$).

Игниопатическое расстройство, как правило, не сопровождается ипохондрическими переживаниями, несмотря на преимущественно поздний возраст описываемых пациентов. Вероятно, это связано с возможностью пациентов самостоятельно осматривать болезненные участки ротовой полости.

Для оценки преморбидных черт личности использовалась шкала Леонгарда-Шмишека. Были определены следующие акцентуации характера, представленные в диаграмме (Рисунок 3.6):

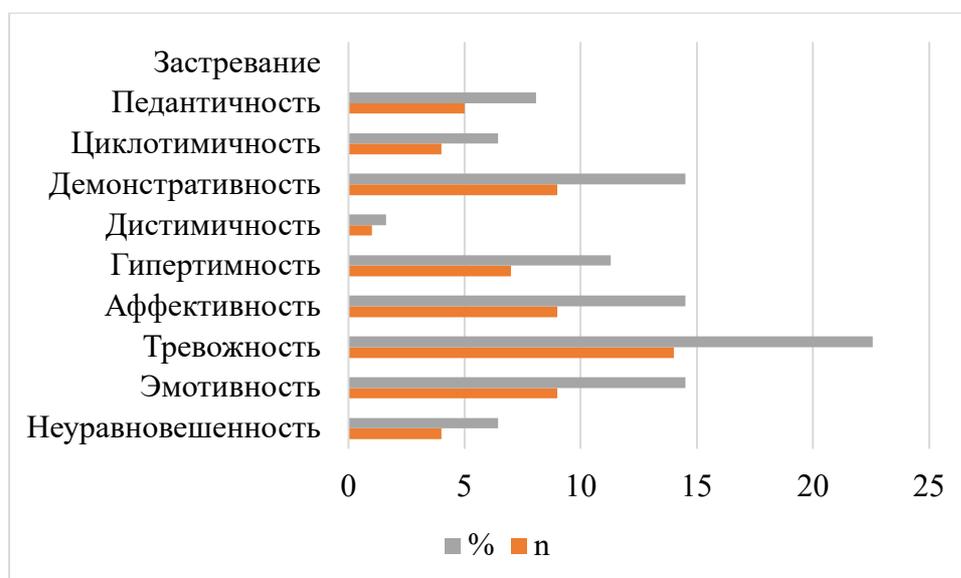


Рисунок 3.6. Результаты психометрии у пациентов с игниопатическими расстройствами с использованием самоопросника Леонгарда-Шмишека.

Статически значимых различий между преморбидными чертами личности выявить не удалось, однако необходимо отметить определенное преобладание пациентов с тревожной акцентуацией характера (14; 22,6%). Также чаще, чем остальные, встречались эмотивные (9; 14,5%), аффективные (9; 14,5%) и демонстративные (9; 14,5%) акцентуации характера. Не было выявлено пациентов с застревающим типом личности.

3.1.5. Алгия

В группу алгий вошло 23 пациента (21,9%). В соответствии с клиническими характеристиками этих расстройств, было выделено две подгруппы с разным вектором развития СНС – психогенная алгия (20; 19,0%) и сенесталгия (3; 2,9%).

3.1.6. Психогенная алгия

Доминирующим и практически единственным симптомом при психогенной алгии является – боль. Пациенты предъявляли жалобы на болевые ощущения разного характера: острые, ноющие, пульсирующие, тупые, резкие, сплошные, точечные, которые носили гомономный характер.

Со слов пациентки: «Просто болит в верхней челюсти. Обычная такая боль. Не знаю, как ее еще описать, – просто боль, ничего необычного».

Во всех клинических наблюдениях (20; 19,0%) СНС манифестировала болевым ощущением, а в одном (1%) отмечалось сочетание боли и онемения.

Так, пациентка отметила появление внезапной боли в области передних зубов.

Первичные жалобы пациентов на болевые ощущения оставались актуальными и на момент осмотра. Психогенная алгия в течение всего болезненного периода не претерпевала трансформации (19,0%).

Со слов пациента известно: «Никаких изменений – как болело, так и болит все это время».

На момент осмотра у всех пациентов (19,0%) основной жалобой была боль. Одновременно с этим часть пациентов сообщала о периодически возникающих симптомах психогенной игниопатии: ощущение жжения (5; 4,8%), ощущение сухости ротовой полости (2; 1,9%), ощущение неприятного привкуса (1; 1%). Также в двух случаях (1,9%) боль сочеталась с чувством онемения.

Так, пациентка сообщала, что к боли «добавилось» ощущение сухости, которое проходило после ополаскивания ротовой полости.

В восьми наблюдениях (7,6%) психогенная алгия развивалась непосредственно после психотравмы.

Пациент сообщал, что у его сына возникли «бизнес проблемы», для решения которых пришлось продать квартиру. На заключительном этапе сделки купли-продажи пациент отметил у себя появление «дикой зубной боли».

Аутохтонное начало (7; 6,7%), как и в других случаях, было условным. Пациенты сообщали, что длительное время находились в различных

стрессовых ситуациях, которые вызывали «постоянный внутренний дискомфорт».

Так, пациентка на протяжении 10 лет ухаживала за тяжело больной матерью. Параллельно этому на ней «лежало все домашнее хозяйство», «подготовка дочери к поступлению в институт» и супруг, который «не только не помогал, но и требовал к себе особого подхода».

Триггером возникновения психогенной алгии выступало и медицинское вмешательство (5; 4,8%): либо сразу после проведения стоматологической/хирургической процедуры, либо в течение одной-двух недель.

Так, пациентка сообщала, что у нее заболел язык «прямо в кресле»: «Как только врач закончил свои манипуляции – у меня сразу заболел язык».

Для психогенной алгии наиболее характерной локализацией является зубочелюстная система. Так, болевые ощущения возникали в:

- Верхняя челюсть (5,7%);
- Зубы (4,8%);
- Шилоподъязычная область/шея (3,8%);
- Нижняя и верхняя челюсти (1,9%);
- Нижняя челюсть (1,9%);
- Язык (1%).

Болевые ощущения, локализованные в проекции шилоподъязычной мышцы, имитировали симптоматику синдрома Игла-Стерлинга (шилоподъязычный синдром).

Так, пациентка жаловалась на боль при повороте головы влево, наклоне головы вниз. Ощущала «комоч» в горле. Испытывала болезненные ощущения при проглатывании пищи, жидкости и слюны. Однако по результатам проведенной магнитно-резонансной томографии синдром

Игла-Стерлинга не подтвердился. Пациентке была рекомендована консультация врача-психиатра.

При психогенной алгии в большинстве случаев (15; 14,3%) суточный ритм отсутствовал: болевые ощущения возникали независимо от времени суток и носили приступообразный либо же постоянный характер. При алгических расстройствах достоверно чаще ($p=0,03$) выявлялось отсутствие суточного ритма, чем инвертированный суточный ритм.

В трех наблюдениях (2,9%) выявлялся инвертированный суточный ритм с возникновением симптоматики в вечернее время. В оставшихся двух (1,9%) – определялся правильный суточный ритм.

Так, пациентка отмечала постепенное нарастание боли «ближе» к окончанию рабочего дня, которая достигала своего пика вечером.

По длительности течения психогенная алгия была разделена на три периода (Таблица 3.7).

Таблица 3.7

Длительность течения психогенной алгии

Длительность течения	n	%
Менее 5 лет	16	15,2
Более 5 лет	2	1,9
Более 10 лет	2	1,9

Как и для игниопатических расстройств, так и для алгических достоверно чаще ($p=0,02$) длительность течения составляла менее 5 лет, чем более 5 лет. Вышеуказанный вывод о краткосрочности игниопатических расстройств и их психогенный характер актуален и для алгических состояний.

Характерным свойством психогенной алгии является миграция боли (14; 13,3%): аутохтонная и на фоне медицинских манипуляций. Пациенты с психогенной алгией часто подвергаются различным необоснованным оперативным вмешательствам различного объема, как экстракция зуба, так и удаление шиловидного отростка.

Со слов пациентки известно, что после удаления болевшего зуба, боль переместилась на «соседний». Удалив «соседний» зуб, боль «перекинулась на другой». В общей сложности было удалено 12 зубов. Болевая симптоматика оставалась актуальной.

При психогенной алгии отсутствует расширение зоны болевых ощущений (20; 19,0%). В 12 случаях (11,4%) отмечались эпизоды улучшения и облегчения симптоматики.

В подавляющем большинстве случаев психогенная алгия наблюдалась у женщин (18 пациенток; 17,1%) и только у 2 пациентов мужского пола (1,9%). Таким образом, можно предполагать, что игниопатические и алгические расстройства чаще встречаются у женщин раннего инволюционного возраста, что может быть связано с известными гормональными изменениями климактерия (Таблица 3.8).

Таблица 3.8

Возраст возникновения психогенной алгии

Возраст начала	n	%
18-44	6	5,7
45-59	7	6,7
60-74	5	4,8
75-90	2	1,9

Раннее начало психогенной алгии (до 50 лет) было связано с теми же факторами, что и психогенной игниопатии: эндогенная депрессия,

расстройство личности, психотравмирующие события, патологический климакс.

Психогенная алгия была представлена теми же расстройствами (непсихотического уровня), что и игниопатия – Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0), Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3), Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4) и Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6), что свидетельствует о родственности указанных СНС. Одновременно с этим необходимо отметить, что почти у половины пациентов были выявлены расстройства личности, что может указывать на то, что алгические проявления более характерны для группы расстройств личности (Рисунок 3.7).

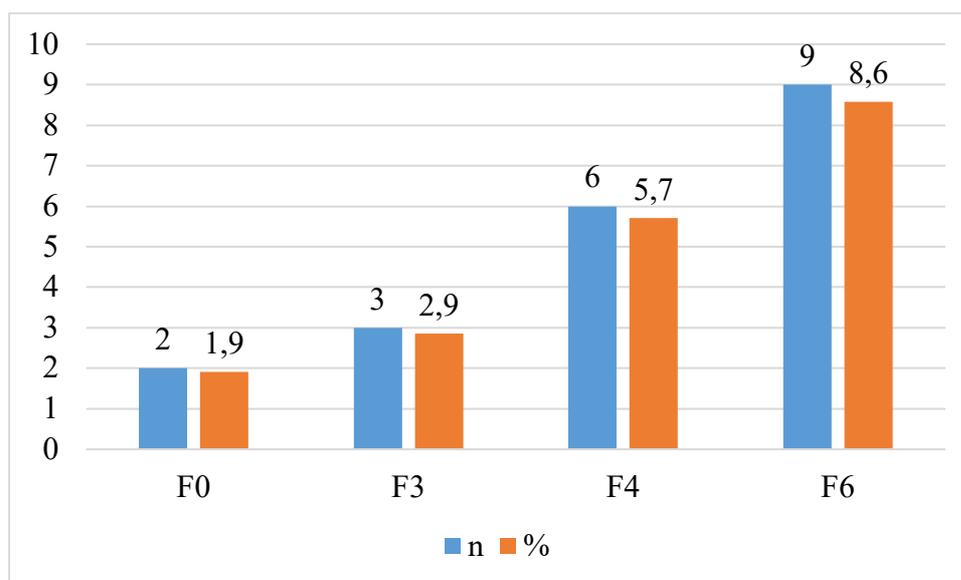


Рисунок 3.7. Нозологическая представленность психогенной алгии по МКБ-10.

Органические психические расстройства были представлены гипоманиакальным расстройством в связи с травмой головного мозга (F06.340; n=1; 1%) и органическим тревожным расстройством в связи со смешанными заболеваниями (F06.48; n=1; 1%).

Группа аффективных расстройств проявлялась депрессивным эпизодом легкой степени с соматическими симптомами (F32.01; n=3; 2,9%).

В основе психогенной алгии так же, как и психогенной игниопатии, лежало тревожное расстройство, что подтверждалось установленными диагнозами группы F4 (невротические, стресс-связанные) – устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4; n=5; 4,8%) и неврастения (F48.0; n=1; 1%).

Расстройства личности и поведения были представлены, как специфическими, так и смешанными вариантами, а именно: истерическое расстройство личности (F60.4; n=5; 4,8%), ананкастное расстройство личности (F60.5; n=1; 1%), тревожное расстройство личности (F60.6; n=1; 1%) и смешанные расстройства личности (F61.0; n=2; 1,9%).

Для пациентов с психогенной алгией нехарактерны нарушения мышления и эмоционально-волевые негативные симптомы. Болевые ощущения описывались обывательским языком без вычурности и витиеватости.

По своим проявлениям и характерным чертам психогенная алгия во многом совпадает с психогенной игниопатией: триггерные факторы, места возникновения, динамика течения, взаимосвязь интенсивности СНС и актуальности болезненной обстановки, возможный прогноз.

Так, пациентка сообщала, что у нее возникли болевые ощущения в области шеи вскоре после переезда в Москву под давлением супруга, с которым отношения в дальнейшем стали холодными. «Как только муж переходит за порог дома – у меня моментально все отпускает и легче дышать. Когда он возвращается, то заново начинает колоть в шее».

3.1.7. Сенесталгия

Главенствующей жалобой при сенесталгии являлась боль, однако болевые ощущения носили вычурный характер. Как при эндогенной игниопатии, пациенты для описания своих жалоб прибегали к обороту «как будто», затруднялись указать точную локализацию.

Пациентка сообщала, что «болит где-то в толще языка».

Отмечалась тенденция не только к расширению площади болевых ощущений (3; 2,9%), но и присоединению новых соматоформных жалоб. Одновременно с этим у пациентов отсутствовали миграция боли (3; 2,9%) и эпизоды улучшения (3; 2,9%), характерные для психогенной алгии (Таблица 3.9).

Таблица 3.9

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	✓	-

Во всех трех наблюдениях (2,9%) сенесталгия манифестировала болью.

На момент осмотра клиническая картина несколько различалась: в одном случае единственной жалобой оставалась сенесталгия, в другом к имеющемуся СНС присовокупилось ощущение сухости ротовой полости, в третьем случае отмечалась обильная психосоматическая симптоматика (ощущение затруднения проглатывания, сдавливания, сухость), однако

доминирующей жалобой выступала боль в шилоподъязычной области, что стало основой для расценивания клинического наблюдения, как сенесталгии.

Варианты возникновения СНС оставались прежними:

- Психотравма;
- Медицинское вмешательство;
- Аутохтонное начало.

Примечательно объяснение и обоснование причин возникновения боли в случае с психотравмой:

Пациентка связывала возникновение болевых ощущений в языке с тем, что «сын привел домой филина». «Он без предупреждения взял и принес филина. Вот у меня и заболел язык. Сейчас филина уже нет, но боль-то осталась – виноват филин».

Сенесталгия возникала на языке, в зубах, а также на «всей правой стороне».

Так, пациентка затруднялась дать точную локализацию, плашмя прикладывала руку к правой половине лица и шеи и сообщала: «Ну, вот тут где-то».

В двух случаях суточный ритм не выявлялся. Пациентки отмечали, что боль носит постоянный и монотонный характер. В третьем случае выявлялся инвертированный суточный ритм, однако у пациентки СНС длились «всего месяц». Учитывая короткий период наличия сенесталгии и нозологическое родство с эндогенной игниопатией, можно предположить, что у пациентки в дальнейшем болевые ощущения примут постоянный и «одинаковый» характер.

Длительность сенесталгии в двух наблюдениях до момента обращения к врачу-психиатру составила менее 5 лет, а в третьем – более 5 лет.

Все три клинических случая были представлены лицами женского пола.

Возрастное распределение начала сенесталгии выглядело следующим образом (Таблица 3.10):

Таблица 3.10

Возраст возникновения сенесталгии

Возраст начала	n	%
18-44	1	1
45-59	1	1
60-74	1	1

Все алгические расстройства (психогенная алгия и сенесталгия), которые проявлялись различными болевыми ощущениями, также были квалифицированы, как клинические проявления истеро-конверсионного, тревожного и аффективного синдромов (Рисунок 3.8).

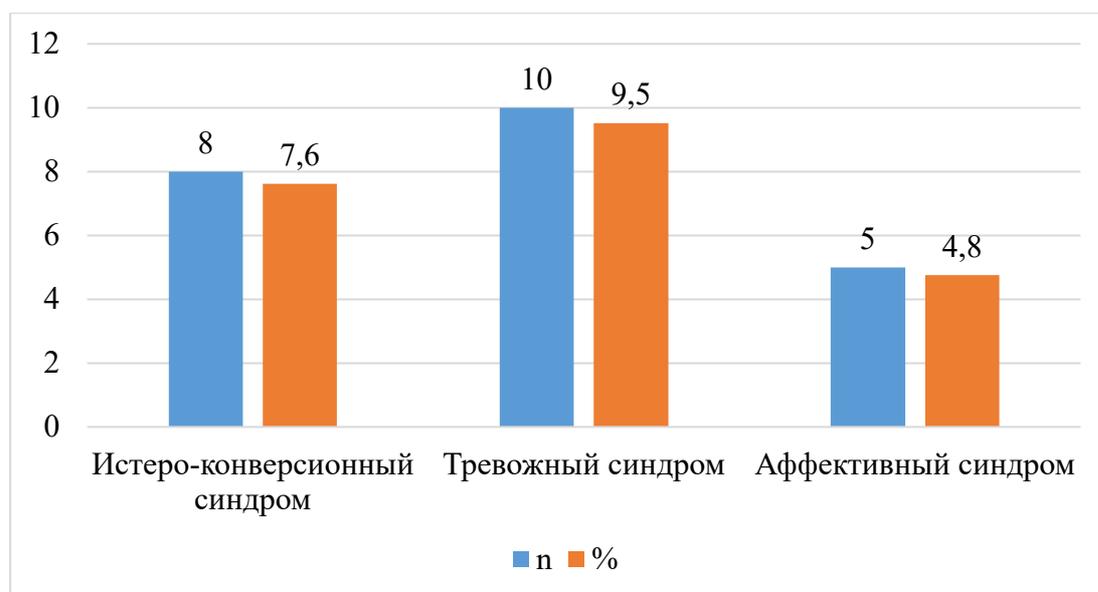


Рисунок 3.8. Синдромальная представленность алгических расстройств у пациентов с СНС.

Сенесталгия во всех наблюдениях была представлена расстройствами шизофренического спектра, в частности – неврозоподобная шизофрения (F21.3; n=3; 2,9%).

Как и при эндогенной игниопатии, для сенесталгии ключевым фактором являются нарушения мышления, эмоционально-волевое оскудение, амбивалентность, редукция энергетического потенциала.

Так, пациентка сообщала, что «ждет, когда умрет мать, чтобы стать свободной». Одновременно с этим добавляла: «Конечно, я слежу за матерью. Кто же будет за ней ухаживать, если не я. Она же моя мать».

Для сенесталгии и эндогенной игниопатии закономерным является трансформация в сенестопатический синдром.

3.1.8. Психометрическая оценка пациентов с алгическими расстройствами

Психогенная алгия и сенесталгия, как и игниопатические расстройства, характеризовались тревожной составляющей, что также было выявлено с помощью шкалы Тейлора-Норакидзе. Лишь в 2 случаях (8,7%⁹) определялся низкий уровень тревоги. В 21 случае (91,3%) выявлялись различные уровни тревожности: средний с тенденцией к низкому (6; 26,1%), средний с тенденцией к высокому (9; 39,1%), высокий (6; 26,1%) (Рисунок 3.9).

⁹ При проведении психометрической оценки пациентов с алгическими расстройствами процент посчитан от выборки пациентов с указанным видом СНС (n=23).



Рисунок 3.9. Результаты психометрии у пациентов с алгическими расстройствами с использованием самоопросника Тейлора-Норакидзе.

Характерно отсутствие очень высокого уровня тревожности, как и при игниопатических расстройствах.

В 6 случаях (26,1%) ответы расценивались, как неискренние. У пациентов с алгическими расстройствами социально-одобряемые ответы встречались почти в два раза чаще, чем у пациентов с игниопатическими расстройствами (26,1% против 14,5%).

С помощью опросника депрессии Цунга оценивался фон настроения. Для алгических расстройств преобладающим состоянием являлся ровный и нормальный фон настроения: в 17 случаях (73,9%) из 23 регистрировалось отсутствие депрессивных симптомов, в остальных 6 (26,1%) – легкая депрессия (Рисунок 3.10).

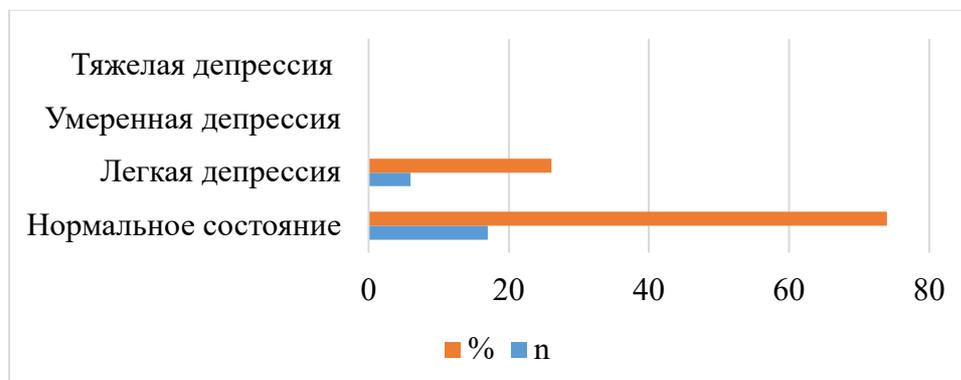


Рисунок 3.10. Результаты психометрии у пациентов с алгическими расстройствами с использованием самоопросника депрессии Цунга.

При алгических расстройствах достоверно чаще ($p=0,03$) выявляется состояние без депрессии, чем легкая депрессия. Также не выявлялись состояния с умеренной и тяжелой депрессией, что свидетельствует о том, что депрессивные расстройства не являются характерной психопатологией при алгических расстройствах.

С помощью индекса Уайтли в подавляющем большинстве случаев (15; 65,2%) определялось отсутствие ипохондрии. В остальных наблюдениях регистрировались средняя (7; 30,5%) и высокая степени ипохондрии (1; 4,3%) (Рисунок 3.11).

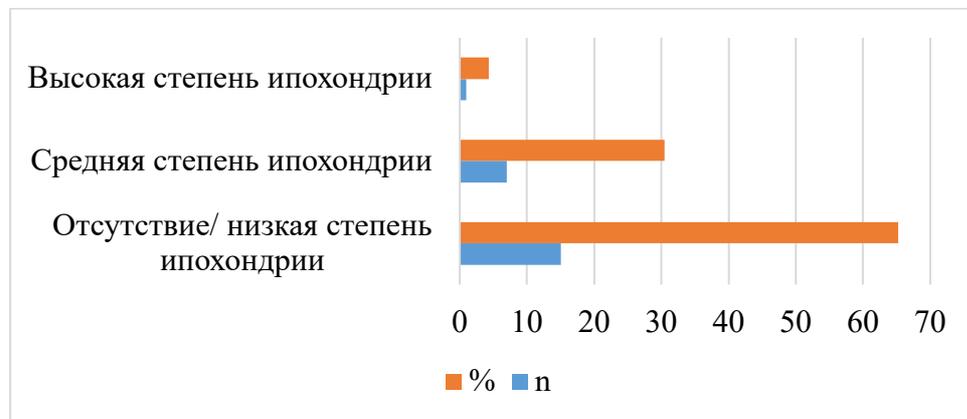


Рисунок 3.11. Результаты психометрии у пациентов с алгическими расстройствами с использованием самоопросника индекс Уайтли.

Исходя из клинической беседы и результатов психометрической оценки алгических расстройств, можно сделать заключение о том, что они преимущественно не сопровождаются ипохондрическими нарушениями.

Используя тест-опросник Леонгарда-Шмишека, достоверных различий в преморбидных чертах личности выявлено не было. Определялось достаточно равномерное распределение по различным акцентуациям характера, которые представлены на диаграмме (Рисунок 3.12):

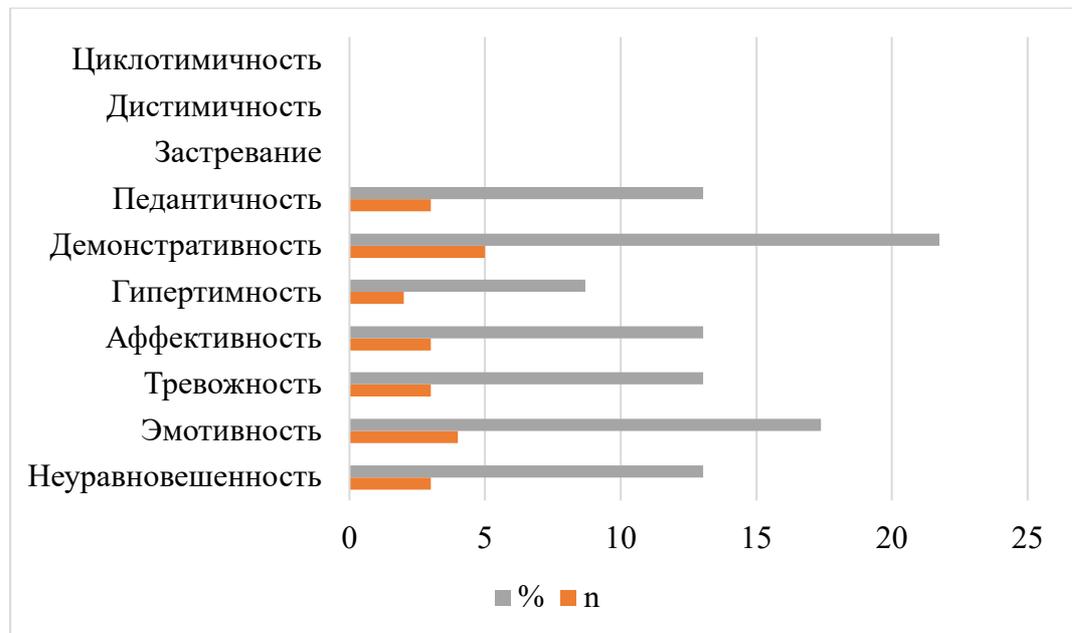


Рисунок 3.12. Результаты психометрии у пациентов с алгическими расстройствами с использованием самоопросника Леонгарда-Шмишека.

Необходимо отметить, что не определялись такие типы акцентуации, как циклотимичность, дистимичность и застревание.

3.1.9. Сенестопатия

Отличительной особенностью данных СНС является своеобразие, вычурность, «мучительность» предъявляемых жалоб. Пациенты (20; 19,0%) витиевато изъяснялись, не могли конкретизировать переживаемые ощущения, указать четкую локализацию. При описании прибегали к речевому обороту «как будто», приводили различные сравнения, одновременно с этим отмечая, что «они ни на что не похожи». Пациенты подчеркивали, что ощущения носят не болезненный, а «неприятный», «нестерпимый», «необычный» характер.

Так, пациентка сообщала, что «зубы, как будто стали мягче». При постукивании зубами чувствовала, что «они потеряли прежнюю звонкость».

Опираясь на анамнестические сведения, удавалось проследить формирование у пациентов ипохондрических идей о соматическом

происхождении неприятных ощущений: они подвергали себя многочисленным медицинским обследованиям, по результатам которых не выявлялись органические основы СНС, однако пациенты сохраняли убежденность в своих предположениях, высказывались, что «врачи упускают болезнь». Жаловались на то, что «постоянно чувствуют себя больными».

Со слов пациентки: «Я чувствую, что внутри меня болезнь. Врачи ее не могут определить, но я чувствую, что она есть внутри меня».

Не удовлетворившись результатами обследования в одной клинике, продолжали обращаться в другие медицинские учреждения и к врачам других профилей. Настаивали на инвазивных методах обследования. В части случаев после подобных вмешательств пациенты предполагали наличие «инфекции», которую «занесли в ходе процедуры».

Так, пациентка сообщала, что врач во время диагностической манипуляции «занес инфекцию».

Необходимо отметить, что в наблюдаемых клинических случаях ипохондрические мысли не достигали бредового уровня, а оставались в регистре сверхценных идей.

Как было отмечено в предыдущих разделах, опираясь на полученные анамнестические сведения развития СНС у пациентов, удалось проследить трансформацию эндогенной игниопатии и сенесталгии в сенестопатическое расстройство.

В шести клинических наблюдениях (5,7%) в качестве манифестирующего проявления СНС определялась эндогенная игниопатия. В семи (6,7%) – сенесталгия. В оставшихся семи случаях (6,7%) у пациентов первичным проявлением являлись сенестопатические расстройства.

Так, пациентка отметила возникновение ощущения жжения языка «около» двух лет назад. В дальнейшем появлялись «все новые и новые»

жалобы: чувствовала «приподнятые» десны, «дискомфорт то ли на зубе, то ли на десне». Жаловалась, что «за щеку, как будто что-то заложили». Стала ощущать «тяжесть» внутри головы, «как будто камнями обложили», «как будто внутри головы пузырьки лопаются».

Другая пациентка сообщала, что «все началось с боли в зубе». «Пытались лечить», однако положительного эффекта не отмечала. Со временем, помимо имеющейся боли, стала чувствовать «скованность» в лице, «дискомфорт», ощущение, «как будто что-то держит внутри, как будто отек». Внутри щеки ощущала «жар, раскаленность, распространяющуюся по всей щеке».

На момент осмотра у всех пациентов (20; 19,0%) СНС приобретали полиморфный характер и достигали уровня сенестопатоза. Происходили расширение зон первичных СНС (20; 19,0%), трансформация изначальных эндогенной игниопатии и сенесталгии в сенестопатии и отмечалось усложнение структуры сенестопатий. Одновременно с этим отсутствовали миграция СНС (20; 19,0%) и эпизоды улучшения состояния (20; 19,0%).

Расширение симптоматики достоверно чаще выявлялось при сенестопатии, чем при игниопатии и алгии (в обоих случаях $p < 0,0001$). Игниопатические и алгические расстройства, будучи психопатологией невротического регистра, характеризуются четкой локализацией с тенденцией к миграции в пределах ротовой полости. Тогда как более тяжелые, субпсихотические расстройства, – сенестопатии отличаются тенденцией к расширению зоны патологической перцепции.

Пациентка сообщала, что «все началось, когда захотела красивую улыбку». Отметила появление болевых ощущений после стоматологического вмешательства. На момент осмотра жаловалась на «щекотку в костях», «сверлящие боли под носом», «болезненную перкуссии», ощущение распирания в деснах и «косточках».

Описывая свои жалобы, пациент отмечал, что «щека слиплась с десной», ощущал жжение, боль «по всей челюсти». В зубах отмечал «леденящие покалывания».

В большинстве случаев (10; 9,5%) пациенты ни с чем не связывали начало сенестопатических расстройств. В 6 случаях (5,7%) сенестопатии развивались после медицинских вмешательств и в 4 (3,8%) вслед за психотравмирующей ситуацией. Как при эндогенной игниопатии и сенесталгии, так и при сенестопатии, происходил отрыв СНС от психотравмы, и течение симптоматики приобретало независимый от внешних обстоятельств характер.

Сенестопатии возникали в совершенно различных местах:

- Язык (5,7%);
- Зубы (5,7%);
- Ротовая полость (2,9%);
- «Левая часть лица» (1,9%);
- Небо (1%);
- Верхняя челюсть (1%);
- Шея (1%).

Однако пациенты не могли указать точную локализацию неприятных ощущений: «где-то внутри языка», «не могу понять, зуб не зуб, но в области зуба возникло», «в глубине шеи, точно не могу показать». В дальнейшем происходила генерализация сенестопатий, и они охватывали всю зубочелюстную систему, голову, шею.

Во всех случаях (20; 19,0%) у пациентов отсутствовал суточный ритм. Неприятные ощущения беспокоили «постоянно». Отсутствие суточного ритма достоверно чаще выявлялось при сенестопатии, чем при игниопатии ($p=0,007$), алгии ($p=0,01$) и галлюцинаторных расстройствах ($p=0,03$).

По длительности течения сенестопатии были разделены на (Таблица 3.11):

Таблица 3.11

Длительность течения сенестопатии

Длительность течения	n	%
менее 5 лет	12	11,4
более 5 лет	7	6,7
более 10 лет	1	1

Длительность течения непосредственно влияла на усложнение структуры сенестопатий и появление ипохондрической фиксации на своих ощущениях.

Среди пациентов с сенестопатией женщин было в 3 раза больше, чем мужчин, 15 (14,3%) и 5 (4,8%), соответственно. Сенестопатия достоверно чаще ($p=0,04$) встречалась у женщин, чем у мужчин.

Возраст начала сенестопатий отличался от других СНС со сдвигом в сторону более молодой возрастной группы (Таблица 3.12).

Таблица 3.12

Возраст возникновения сенестопатии

Возраст начала	n	%
18-44	12	11,4
45-59	5	4,8
60-74	3	2,9

В возрасте 18-44 лет достоверно чаще ($p=0,04$) возникала сенестопатия, чем игниопатия. В стоматологической практике сенестопатии, будучи преимущественно расстройствами шизофренического спектра, чаще

встречаются у пациентов молодого возраста (18-44). Это подтверждает точку зрения большинства исследователей шизофрении о том, что указанные нарушения характерны для ее дебюта.

Клинические случаи с сенестопатией были представлены расстройствами шизофренического спектра (F2) и органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (F0). В частности, в подавляющем большинстве случаев – невротоподобная шизофрения (F21.3; n=19; 18,1%) – и расстройство личности в связи с травмой головного мозга (F07.00; n=1; 1%). Расстройства спектра F2 выявлялись достоверно чаще при сенестопатии, чем при игниопатии ($p<0,0001$), алгии ($p=0,0003$) и галлюцинаторных расстройствах ($p=0,003$).

В синдромальной интерпретации сенестопатические расстройства у пациентов были квалифицированы, как клиническое проявление ипохондрического и тревожного синдромов. В отличие от алгических и игниопатических расстройств, при сенестопатии отсутствовали истеро-конверсионные проявления (Рисунок 3.13).

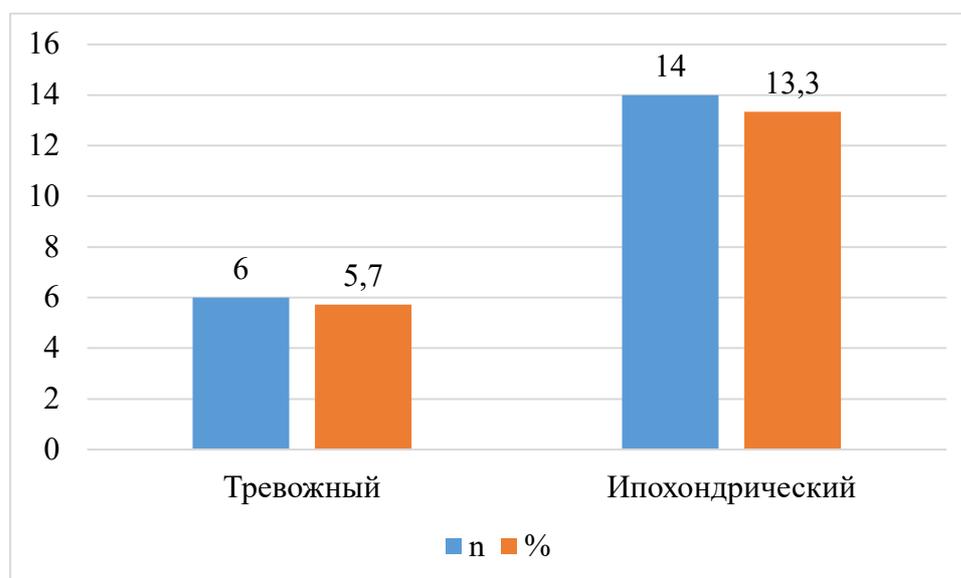


Рисунок 3.13. Синдромальные проявления сенестопатических расстройств.

Резюмируя материал, необходимо отметить следующее: сенестопатия может манифестировать проявлениями эндогенной игниопатии и сенесталгии, которые в динамике трансформируются в сенестопатические расстройства. Наблюдается тенденция к расширению зоны неприятных ощущений (отсутствует миграция ощущений), присоединение новых сенестопатических жалоб, которые в итоге достигают уровня сенестопатоза (отсутствуют эпизоды облегчения симптоматики). В некоторых клинических наблюдениях сенестопатоз достигал такого уровня интенсивности, что пациенты увольнялись с работы, так как «не могли трудиться в таком состоянии».

У пациентов с сенестопатиями выявлялись нарушения мышления по типу резонерства, соскальзывания. Пациенты жаловались на общее снижение сил и тонуса. Сообщали о «потере прежних интересов», а также, что «со временем стали общаться только с членами семьи». Отмечали изменения в своем характере, «переставали себя узнавать».

Как и при эндогенной игниопатии и сенесталгии, так и при сенестопатии, у пациентов были выявлены эмоциональное обеднение, волевые нарушения, двойственное и противоречивое отношение к различным обстоятельствам.

Так, пациентка сообщала, что уволилась с работы, так как хотела проводить больше времени со своей семьей. Одновременно с этим записалась на несколько курсов, в том числе на курсы визажистов, так как «с детства мечтала работать визажистом», однако после окончания обучения по специальности не трудоустроивалась.

Психогенная алгия, сенесталгия и сенестопатия несут в себе риски для соматического здоровья, так как пациенты с данными видами СНС нередко подвергаются необоснованным неоднократным оперативным вмешательствам. По прошествии медицинских манипуляций в большинстве

случаев жалобы сохранялись в прежней интенсивности. В части случаев отмечалось временное улучшение состояния (что может быть связано с радикальным подходом в лечении и использованием общей анестезии) с дальнейшим возвратом прежней симптоматики. А в некоторых наблюдениях пациенты сообщали об утяжелении и появлении новых симптомов после оперативного вмешательства.

Пациенты с обеими вариантами игниопатии в большей степени «защищены» от операций, так как для «лечения» их проявлений (жжение, сухость, неприятный привкус) используются преимущественно консервативные методы терапии, однако и при игниопатии бывают оперативные вмешательства по типу удаления металлических вкладок в связи с возможной «аллергической реакцией» и «гальванизмом» (разница потенциалов).

Данный вариант расстройства хорошо иллюстрирует следующий клинический пример (№1).

Больная З.К.А., 1978 г.р., на момент осмотра 40 лет.

Анамнез.

Наследственность психопатологически отягощена с обеих линий.

Отец скончался в возрасте 56 лет от цирроза печени, злоупотреблял алкоголем, случались запои длительностью до одной недели. Работал по специальности врач-кардиолог. Со слов пациентки отец «имел мало интересов», быстро охладевал к новым увлечениям. Характеризует его душой компании: любил находиться в центре внимания, был общительным, словоохотливым, играл на гитаре, пел. Одновременно с этим отмечает его «избалованность», связывает с тем, что у отца был врожденный порок сердца и из-за этого длительное время находился «под излишней опекой». В ведении домашнего хозяйства супруге не помогал, «не умел». Родители пациентки развелись, когда ей было 9 лет; развод перенесла без «особых переживаний».

«Даже радовалась, что мама больше не будет стрессовать». В дальнейшем отец дважды женился, от обоих браков по одному ребенку.

Мать 60 лет. В общей сложности отработала 25 лет в милиции и налоговой службе. Уволилась в связи с ухудшением психического состояния. Последние пять лет наблюдается в психоневрологическом диспансере в связи с «манией преследования». Жаловалась, что ей в тело «внедрили чип», с помощью которого за ней «осуществляли слежку». Наносила самоповреждения с целью «достать чипы». Чувствовала, что на нее «направляли лучи» и «жгли» ее. Охладела по отношению к дочери, считала, что та, вызвав психиатров, «предала» ее. На фоне приема лекарств «стала спокойнее».

Пациентка знает по рассказам матери, что прадедущка по материнской линии изображал Ленина, собирал пылинки, полгода находился на лечении в психиатрической больнице.

Единокровный брат 26 лет. Не женат, детей нет. Работает в IT-технологиях, системный администратор. Общение с ним поверхностное. Характеризует его спокойным, выдержанным, «нудным».

Единоутробный брат 25 лет. Работает специалистом по подготовке торгов. Не женат, детей нет. Характеризует его добрым, сопереживающим, малообщительным. «Ему больше комфортно одному, с друзьями время не проводит, нет позыва».

Единокровная сестра 18 лет. Не замужем, детей нет. Обучается в институте. Контакт с ней «особо» не поддерживает. Характеризует ее приятной, воспитанной. Занимается танцами, фортепиано.

Пациентка родилась единственным ребенком в семье от нормально протекавших беременности и родов. Родилась в срок, физиологично. Росла и развивалась своевременно, от сверстников не отставала. Несколько раз меняла детский сад, причин не помнит. Несмотря на то, что адаптировалась

легко, не нравилось ходить в детский сад из-за дневного сна. Предпочитала активно проводить время. Стремилась к лидерству, была упрямой, своевольной, упертой.

Из детских страхов отмечает страх темноты, который развился после просмотра фильма «10 негрятят». Боялась, что в темноте кто-то может находиться; страх редуцировался к 10 годам.

В школу пошла в возрасте 7 лет. Обучение проходила в 4-ех разных школах. В первой училась с 1 по 3 классы. Уходила в связи с разводом родителей и переездом к бабушке («У мамы на фоне развода случилась психосоматика, и она лежала в общей больнице, поэтому меня отдали бабушке»). Считает, что в этот период «потеряла сакральную связь с матерью». Во второй школе обучалась с 4 по 6 классы, переводилась, так как мать взяла обратно к себе. В третьей отучилась 7 и 8 классы, переводилась в связи с изменением места проживания. В четвертой школе окончила 9 и 10 классы.

В первых двух школах испытывала трудности с адаптацией, что связывала со своими лидерскими качествами: выступала «одна против всех». Одноклассники не принимали в свой круг, «отталкивали». Во второй школе «перессорилась» со всем классом после того, как попросила «мальчиков» из своего класса побить свою же одноклассницу. «Из-за этого на меня все ополчились». В последних двух школах проблем с адаптацией не испытывала. Объясняет это тем, что к тому моменту лидерские качества «начали затухать». Окончила 10 классов, годы обучения не дублировала. Училась хорошо и ровно, однако без интереса. «Я могла быть отличницей, но не хотела прикладывать усилия». Не любила отвечать у доски, публичность, боялась показаться глупой. Во время выступлений отмечала усиление и учащение сердцебиения, появление дрожи в голосе и руках. Против своей воли занималась в музыкальной школе по классу фортепиано. «Делала все, чтобы уйти». Жаловалась на репетитора, клеветала, приукрашивала,

оставляла дома записки с текстом «мама я убила себя, так как не люблю музыку». После 4-ех лет обучения музыке, с разрешения матери, оставила музыкальную школу. В школьные годы отмечала интерес к физической культуре: занималась бегом, тренировалась в подтягивании (могла подтянуться до 15 раз), «лазала по деревьям». Других увлечений в школьный период не выделяла, интересов не было: «Этим я в отца пошла».

После школы сразу поступила в университет на факультет социальных работ, социологии и психологии. Адаптировалась без особенностей. Училась хорошо и ровно. К предметам интереса не проявляла, больше обращала внимание на преподавателей, которые могли вызывать симпатию. Отучилась 5 лет, академический отпуск не оформляла. После окончания по настоянию бабушки и против своей воли устроилась работать по специальности в главное управление милиции. Работала с личным составом, с семьями погибших сотрудников. Отработав год, переехала в Москву. Устроилась в кадровое агентство по работе с персоналом. В дальнейшем не раз меняла место работы по собственному желанию, но всегда устраивалась по специальности – работа с персоналом. Адаптировалась везде одинаково: без особенностей. С коллективом при общении проблем не испытывала. В 28 лет вышла замуж, роды в 30 лет. Кесарево сечение в связи с предлежанием плаценты. Уходила в декретный отпуск по уходу за ребенком, после устроилась в компанию по работе с персоналом, где работает по сей день. Сын 10 лет, рос и развивался своевременно. Характеризует его спокойным, уравновешенным, «не капризным». «Ему комфортно одному, сам не подойдет». В семье взаимоотношения хорошие.

Перенесла 4 оперативных вмешательства: лапароскопическая операция в связи с апоплексией яичника, 3 аборта (2 нежелательные беременности, 1 по медицинским показаниям).

Хронические заболевания, удары головой, потерю сознания, сотрясение мозга, переломы конечностей отрицает.

Менструация с 14 лет, цикл установился сразу. Месячные регулярные, продолжительностью 4-5 дней, безболезненные, средней обильности.

Впервые изменение психического состояния отметила в возрасте 25 лет, когда на работе перенесла «острый» приступ повышенной тревоги продолжительностью до 10-15 минут. Приступ сопровождался ощущениями нехватки воздуха, удушья, сдавления грудной клетки, невозможностью вздохнуть, страхом смерти, а также учащенным сердцебиением, потливостью и похолоданием рук и ног, головокружением. Связывала возникновение приступа тревоги со стрессовыми обстоятельствами на работе, а также с общей истощенностью: уставала, не высыпалась. Одновременно с этим появился новый молодой человек, вместе с которым начала систематически алкоголизироваться. Случались запои продолжительностью до недели-двух. Попыталась разорвать отношения с партнером, однако на этой почве начались конфликты, ссоры, недопонимания. На этом фоне отметила учащение приступов тревоги с развернутой симптоматикой (каждый день). В связи с этим стала избегать людные места, реже ездила на метро. Во время одного из подобных приступов была госпитализирована с подозрением на гипертонический криз, который в отделении не подтвердился. Продолжала обследоваться у различных врачей, однако органической патологии выявлено не было. На одной из консультаций была направлена к психиатру, который «не увидел клинических проявлений» и рекомендовал обратиться к психоаналитику. По совету последнего окончательно разорвала отношения с молодым человеком, однако алкоголизироваться не прекратила. «Алкоголь снимал сосудистые проявления, расслаблял, давал энергию, чувство уверенности в себе, придавливал приступы страха». Выйдя замуж, продолжила запойно алкоголизироваться вместе с супругом до тяжелого опьянения. «Я могла пьяная валяться прямо в коридоре, а сын все это видел». На следующее утро опохмелялась, выпивала до 4-х литров пива. По выходу из запоя на 3-4 день отмечала появление приступов повышенной тревоги, что

дополнительно провоцировало очередной эпизод запоя. Последние полтора месяца не выпивает. Отметила резкое исчезновение интереса и тяги к алкоголю. Связывала с тем, что «сын сделал очередное замечание».

Четыре месяца назад обратилась к стоматологу для замены пломбы. В течение двух недель после стоматологического вмешательства отметила появление «болезненных» ощущений в зубах. «Как будто долго жевала что-то твердое, как будто зубы устали, вся челюсть к тому же болела». Неоднократно обращалась к стоматологам и челюстно-лицевым хирургам, однако органической причины жалоб выявлено не было. Чувствовала, что зубы, «как будто в постоянном тонусе»: «Хотелось сжать сильно, а потом разжать. Я намеренно сижу с раскрытым ртом, чтобы было легче». Неприятные ощущения в ротовой полости сопровождалась «навязчивой» головной болью, которую «трудно описать»: «Хочется закрыть глаза и размять, помять голову».

Обратилась в ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России 21.08.2018 с жалобами на боли в области верхней челюсти и нижней челюсти.

Заключение хирурга от 21.08.2018 (выписка из амбулаторной карты № 19****): «При обследовании хирургической патологии не выявлено. Лицевые боли неясного генеза. Рекомендована консультация психиатра».

Психический статус от 29.09.2018:

Пациентка пришла на консультацию самостоятельно. Внешне опрятна.

В собственной личности, пространстве и времени ориентирована правильно. На вопросы отвечает в плане заданного, не всегда по существу. Разговаривает тихим и спокойным голосом. Во время беседы монотонна, малоэмоциональна, переходит от одной темы к другой без логической последовательности, склонна к бесплодному рассуждательству. Интеллект соответствует полученному образованию. Память не нарушена.

Сообщает, что три месяца назад «пломбировала зубы», в течение трех недель после медицинского вмешательства «заболела челюсть». «Как будто я очень долго что-то жевала, зубы находились в постоянном тонусе, а сейчас болят, как будто гудрон жевала». Со временем возникла головная боль: «Трудно описать головную боль, накативная какая-то эта боль, ломит, давит. Ощущение, что как будто хочется помять и размять голову». В связи с имеющимися жалобами неоднократно обращалась к врачам различных профилей, однако органической патологии выявлено не было.

Одновременно с этим жалуется на приступы тревоги, сопровождающиеся ощущением удушья, нехватки воздуха, страхом смерти, потливостью рук и ног, головокружением. Приступы длятся до десяти минут. Отмечает их возникновение с частотой «раз в неделю». В связи с приступами тревоги стала реже выходить на улицу, перестала пользоваться подземным транспортом, «старается отсидеться дома».

Фон настроения ровный. Сон нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит умеренный.

Отмечает изменения в характере: «Я спокойная стала, лежебока, мне как-то лениво все. Лидерские качества давно ушли куда-то. Последние пять лет физических сил не особо много. С подругами не вижусь, менее общительная стала. Вся жизнь – работа и дом».

Бредовые идеи не высказывает. Суицидальные мысли отрицает. Галлюцинации не обнаруживает.

Консультация д.м.н., заведующего кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России Шмиловича А.А.: Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, астено-волевой дефект, сенесто-ипохондрический синдром.

Состояние в динамике:

На фоне проводимого лечения отметила улучшение своего состояния: «Все неприятные ощущения во рту прошли и больше не беспокоят. Челюсть перестала болеть, в зубах нет ощущения усталости, головная боль тоже прошла». Отметила исчезновение приступов тревоги: «Внутренне чувствую себя спокойнее и комфортнее». Наладился сон, стала легко засыпать.

Лечение: перфеназин до 8 мг в сутки. Длительность лечения составила 4 месяца. Полностью купированы сенестопатические расстройства и приступы панических атак. Пациентка приняла решение самостоятельно прекратить прием назначенного препарата, о чем по телефону сообщила врачу.

Анализ наблюдения:

У пациентки вскоре после стоматологического вмешательства развились неприятные ощущения. На осмотре стоматолога-хирурга соматическая обоснованность жалоб не подтвердилась. На консультации у психиатра пациентка жаловалась на вычурные ощущения, затруднялась дать точную характеристику переживаемых сенсаций. Для их описания прибегала к речевому обороту «как будто». Ощущения беспокоили на протяжении всего дня, независимо от времени суток. Также не выявлялась взаимосвязь интенсивности ощущений от стрессовых ситуаций. Анализируя зарегистрированные СНС, они были отнесены к группе сенестопатий, так как полностью соответствовали критериям данного вида расстройств. В ходе лечения отмечалось полное купирование сенестопатических проявлений.

3.1.10. Психометрическая оценка пациентов с сенестопатическими расстройствами

Используя шкалу Тейлора-Норакидзе, измерялся уровень тревожных состояний у пациентов с сенестопатическими расстройствами.

В трех наблюдениях (15,0%¹⁰) определялся низкий уровень тревоги. В 6 случаях (30,0%) регистрировался средний с тенденцией к низкому, в 5 (25,0%) – средний с тенденцией к высокому, а в 3 (15,0%) – высокий уровень (Рисунок 3.14).

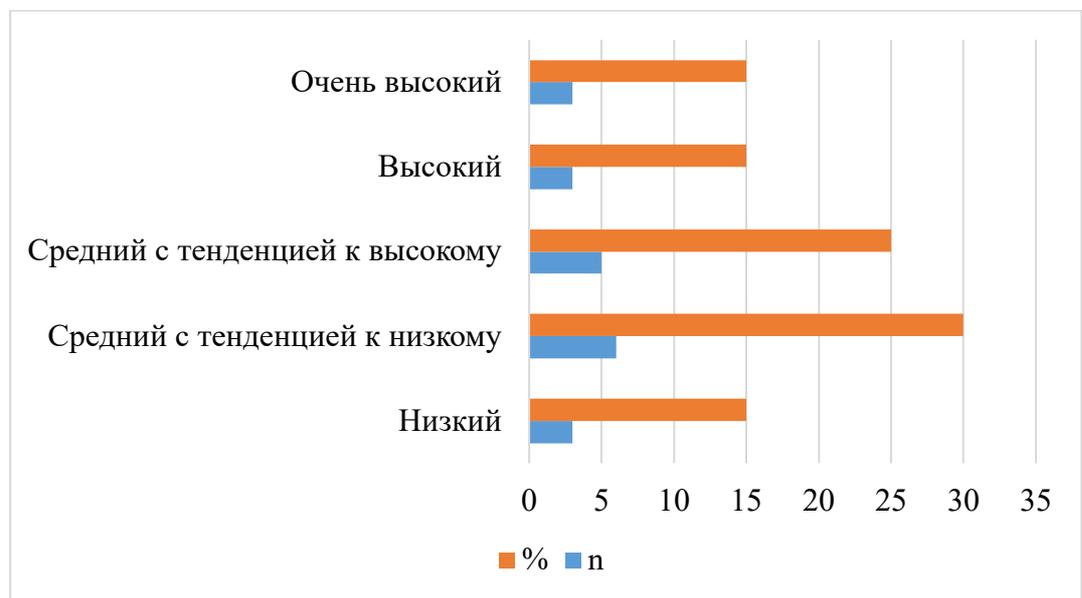


Рисунок 3.14. Результаты психометрии у пациентов с сенестопатиями с использованием самоопросника Тейлора-Норакидзе.

В отличие от игниопатических и алгических расстройств, у пациентов с сенестопатиями выявлялись состояния с очень высоким уровнем тревоги (3; 15,0%).

Для пациентов с сенестопатическими расстройствами неискренность ответов не является характерной чертой (3; 15,0%).

¹⁰ При проведении психометрической оценки пациентов с сенестопатическими расстройствами процент посчитан от выборки пациентов с указанным видом СНС (n=20).

В ходе психометрической оценки депрессивных симптомов с помощью опросника Цунга в 5 случаях (25,0%) определялась легкая депрессия. В 15 наблюдениях (75,0%) результаты психометрии соответствовали нормальному состоянию. При сенестопатии достоверно чаще ($p=0,04$) выявлялось состояние без депрессии, чем легкая депрессия (Рисунок 3.15).

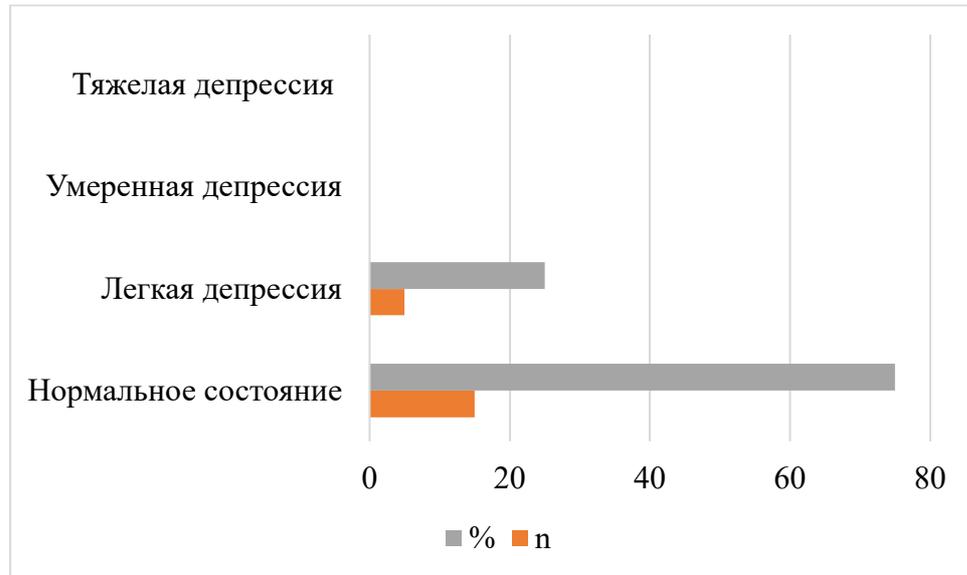


Рисунок 3.15. Результаты психометрии у пациентов с сенестопатиями с использованием самоопросника депрессии Цунга.

Исходя из полученных результатов, игниопатические, алгические и сенестопатические расстройства в стоматологической практике, как правило, протекают без депрессивной симптоматики, что указывает на нецелесообразность широкого применения антидепрессантов.

Для пациентов с сенестопатиями характерны симптомы ипохондрии: в 14 наблюдениях (70,0%) регистрировались средняя (11; 55,0%) и высокая (3; 15,0%) степени ипохондрии (Рисунок 3.16).

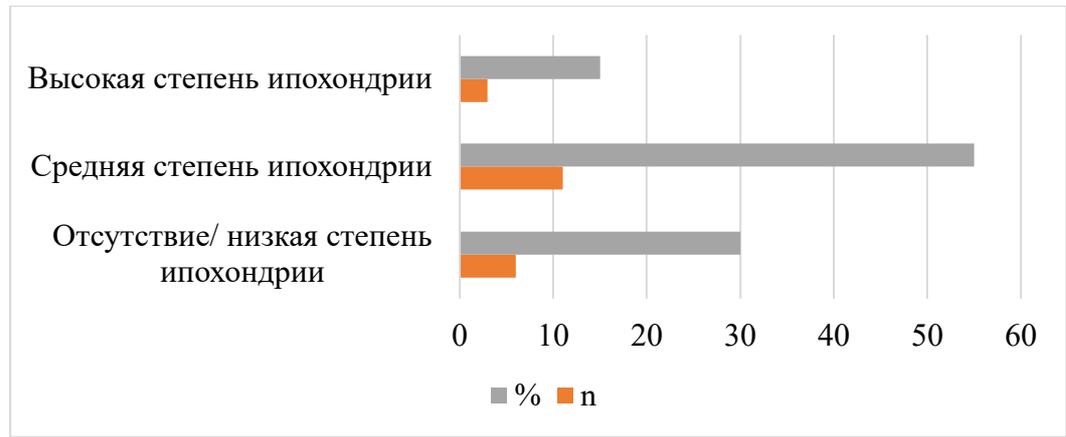


Рисунок 3.16. Результаты психометрии у пациентов с сенестопатиями с использованием самоопросника индекс Уайтли.

В 6 (30,0%) случаях определялось отсутствие/низкая степень ипохондрии.

Результаты, полученные с помощью опросника Шмишека-Леонгарда, не позволили выявить статистически значимые различия. Одновременно с этим необходимо отметить преобладание тревожных черт личности (8; 40,0%) у пациентов с сенестопатическими расстройствами. Также выявлялись неуравновешенные (4; 20,0%), эмотивные (4; 20,0%), гипертимные (3; 15,0%) и педантичный (1; 5,0%) типы личности (Рисунок 3.17).

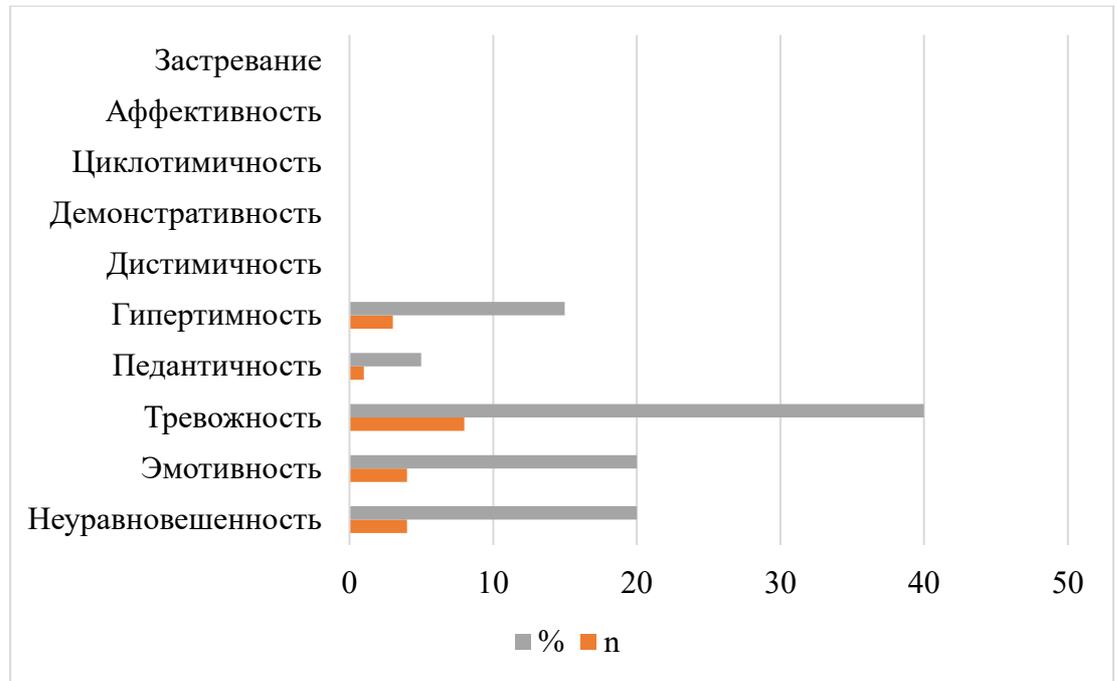


Рисунок 3.17. Результаты психометрии у пациентов с сенестопатиями с использованием самоопросника Леонгарда-Шмишека.

При проводимой психометрии не регистрировались такие акцентуации характера, как застревание, аффективность, циклотимичность, демонстративность, дистимичность.

3.2. Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств восприятия и представлений

В настоящем разделе рассматриваются клинические случаи, которые характеризовались нарушением восприятия и представлений (19; 14,6% от всей выборки).

В ходе обследования у пациентов выявлялись различные варианты галлюцинаторных расстройств, которые в части случаев сопровождалась патологической убежденностью в органическом, либо «инфекционном» происхождении имеющихся жалоб. Также определялись состояния, при которых доминирующими проявлениями выступали неудовлетворенность собственной внешностью, излишнее внимание к незначительным особенностям контуров лица. Большой интерес представляют особые

варианты расстройства схемы тела, которые характеризовались чувством изменения положения верхней и нижней челюстей (Таблица 3.13).

Таблица 3.13

Классификация расстройств восприятия и представлений

Галлюциноз		Галлюцинаторно-бредовой синдром		Дисморфомания		Фантомный прикус	
n	% ¹¹	n	%	n	%	n	%
6	31,6	3	15,8	5	26,3	5	26,3

3.2.1. Галлюцинаторные расстройства

Общей характеристикой описываемых клинических наблюдений были обманы восприятия в ротовой полости и челюстно-лицевой области (восприятие объекта без раздражителя/объекта; предметность жалоб; четкая локализация СНС; отсутствие затруднения в описании своих переживаний). При этом у больных данной группы были выявлены и значимые клинические различия, позволившие разделить их на две подгруппы:

- Синдром галлюциноза – обильные, однотипные, простые обманы восприятия в проекции одного-двух анализаторов, возникающие на фоне ясного сознания (6; 31,6%);
- Галлюцинаторно-бредовой синдром – обманы восприятия, преимущественно проявляющиеся вариантами тактильных галлюцинаций, сопровождающиеся бредовыми идеями (3; 15,8%).

Первичное проявление галлюцинаторных расстройств у пациентов данной группы носило большую вариативность.

¹¹ Здесь и далее процент посчитан от группы пациентов с преобладанием расстройств восприятия и представлений (n=19).

В трех случаях (15,8%) в преддверии возникновения обманов восприятия наблюдались симптомы завершеного психогенного игниопатического синдрома:

Так, пациентка после стоматологического вмешательства отметила появление ощущения жжения языка, сопровождавшееся сухостью ротовой полости, а в дальнейшем и металлическим привкусом во рту.

В других трех (15,8%) сразу отмечался наплыв тактильных галлюцинаторных симптомов.

Пациентка после стоматологической процедуры отметила появление ощущения инородного тела в горле. «У меня там шишка, я ее четко чувствую».

В отдельных случаях тактильно-висцеральному галлюцинозу предшествовали продромальные состояния в виде сенестопатий (1; 5,3%), обонятельного галлюциноза (1; 5,3%) и психогенной алгии (1; 5,3%).

На момент осмотра жалобы пациентов в пяти (26,3%) случаях квалифицировались, как истинный тактильный галлюциноз:

Пациентка сообщила о наличии инородного тела в горле, «тряпочки, елозящей по горлу».

В одном случае (5,3%), как истинный полигаллюциноз:

Пациентка жаловалась на постоянный «нефтяной» запах, «гнилостный» вкус пищи и чувство «крошек» на языке.

Два других клинических состояния (10,6%) были расценены, как дерматозойный бред. Пациенты предъявляли жалобы на наличие «паразитов» в ротовой полости и челюстно-лицевой области и не поддавались словесной коррекции.

В оставшемся случае (5,3%) наблюдался переход сенесто-ипохондрического расстройства в галлюцинаторно-бредовое.

Для галлюцинаторных расстройств характерно расширение локализации (9; 47,4%), отсутствие миграции СНС (9; 47,4%) и эпизодов улучшения/ослабления симптоматики (9; 47,4%). Расширение симптоматики достоверно чаще выявлялось при галлюцинаторных расстройствах, чем при игниопатии ($p=0,0003$) и алгии ($p=0,001$), что свидетельствует о тенденции к расширению зоны патологической перцепции при более тяжелых психических расстройствах.

У четверых (21,1%) пациентов возникновение галлюциноза происходило аутохтонно. Также в других четырех случаях (21,1%) триггером выступало медицинское вмешательство и лишь у одного пациента (5,3%) галлюцинации развились после психогенной провокации. Необходимо подчеркнуть, что во всех трех случаях галлюцинаторно-бредовых расстройств они начинались аутохтонно.

Наиболее часто галлюцинации возникали на языке (26,3%). Другими локализациями патологического восприятия были нос (5,3%), лицо (5,3%), горло (5,3%) и система обоняния (обонятельные галлюцинации) (5,3%).

В подавляющем большинстве наблюдений (7; 36,8%) галлюцинаторные нарушения не зависели от времени суток, «беспокоили постоянно». У двух (10,5%) пациентов определялся инвертированный суточный ритм с усилением симптоматики в вечернее время суток.

Длительность течения составила (Таблица 3.14):

Длительность течения галлюцинаторных расстройств

Длительность течения	n	%
Менее 5 лет	5	26,3
Более 5 лет	2	10,5
Более 10 лет	2	10,5

Галлюцинаторные расстройства в 8 случаях (42,1%) определялись у женщин и в одном (5,3%) у мужчины.

Возрастное распределение начала галлюцинаторных нарушений выглядело следующим образом (Таблица 3.15):

Таблица 3.15

Возраст возникновения галлюцинаторных расстройств

Возраст начала	n	%
18-44	2	10,5
45-59	5	26,3
60-74	1	5,3
75-90	1	5,3

Более раннее начало (2 случая 18-44 и один случай 45-59) было сопряжено с более тяжелым психическим расстройством – у данных пациентов выявлялся галлюцинаторно-бредовой синдром.

Состояния с синдромом галлюциноза были представлены группой органических, включая симптоматические, психических расстройств (F0), в частности – галлюциноз в связи со смешанными заболеваниями (F06.08; n=6; 31,6%). Галлюцинаторно-бредовой синдром входил в состав расстройств

шизофренического спектра (F2), в частности – параноидная шизофрения (F20.0; n=2; 10,5%) и неврозоподобная шизофрения (F21.3; n=1; 5,3%).

Обманы восприятия могут манифестировать различными вышеописанными СНС, которые в дальнейшем претерпевают трансформацию с развитием галлюциноза или галлюцинаторно-бредового расстройства.

Анализируя анамнестические сведения, была отслежена траектория развития СНС. Завершенный психогенный игниопатический синдром трансформировался в тактильный галлюциноз, такое же развитие получала психогенная алгия, а сенестопатические расстройства перерастали в галлюцинаторно-бредовые.

Пациентка сообщала, что «со временем» боль в языке «перешла» в ощущение «обложенности»: «У меня обложен язык творожистыми крошками, кефир во рту и на языке».

Опираясь на клинические наблюдения, можно предполагать следующие варианты траектории развития СНС:

1. Психогенная игниопатия и психогенная алгия → синдром галлюциноза;
2. Эндогенная игниопатия и сенесталгия → сенестопатия → галлюцинаторно-бредовое расстройство.

Во время беседы у пациентов с синдромом галлюциноза выявлялись особенности органического нарушения мышления (обстоятельность, вязкость мышления), а также симптомы психоорганического синдрома: снижение памяти, быстрая истощаемость физических сил, трудности с выполнением привычных обязанностей. Одновременно с этим сами пациенты отмечали у себя изменения в характере – становились обидчивыми, чувствительным, слезливыми.

Для галлюцинаторно-бредовых состояний были характерны когнитивные нарушения шизофренического спектра: у пациентов мышление становилось резонерствующим, паралогичным, символичным, соскальзывающим. Также отмечалось нарастание аутистичности, сужение круга интересов и общения. Одновременно с этим выявлялся дефицит эмоционально-волевых функций.

Данный вариант расстройства хорошо иллюстрирует следующий клинический пример (№2).

Пациентка А.Т.Н., 1960 г.р., на момент осмотра 58 лет.

Наследственность отягощена по отцовской линии.

Пациентке был 1 год, когда родители развелись. Об отце знает по рассказам матери: злоупотреблял алкоголем, был «алкогольный бред ревности». Другими сведениями не располагает.

Отчим скончался в 64 года от осложнений алкоголизма. Работал слесарем. Характером был добрый, спокойный, однако в состоянии алкогольного опьянения становился вспыльчивым, грубым. На этой почве дома часто случались конфликтные ситуации.

Мать 80 лет, пенсионерка. Работала разнорабочей в мукомольной промышленности. Характеризует ее откровенной, «делится всем», отзывчивой, доброй, но «лаской не отличалась».

Единоутробный брат 44 лет. Является инвалидом II группы по психическому заболеванию (диагноз не уточняет, предполагает, что «шизофрения»). Страдает от алкоголизма. Со слов пациентки на этом фоне развилась «эпилепсия»: часто терял сознание, при падении «ударялся головой». Одновременно с этим сообщает, что у брата отмечались «галлюцинации», «бред преследования». Неоднократно лежал в

психиатрической больнице, «предположительно» с диагнозом «шизофрения». Рассматривается вопрос о лишении дееспособности.

Пациентка родилась единственным ребенком в семье от нормально протекавших беременности и родов. Родилась в срок, физиологично. Росла и развивалась своевременно, от ровесников не отставала. Посещала ясли и детский сад, адаптировалась легко. В школу пошла в возрасте 7 лет. Меняла школу после первого класса в связи с переездом. Окончила 10 классов, годы обучения не дублировала. Училась хорошо и ровно, отдавала предпочтение точным наукам. Периодически становилась объектом издевательств одноклассников из-за лишнего веса: «Называли толстой». После перенесенной дизентерии вес нормализовался, и издевки прекратились. В школьный период характеризует себя стеснительной, замкнутой, малообщительной. Своими переживаниями и секретами ни с кем не делилась. Предпочтение отдавала маленьким компаниям. Особо увлечений не отмечала, в свободное от учебы время много гуляла.

После окончания школы поступила в училище на машинистку-стенографистку, которое окончила через год. Вместе с подругой поступила в техникум на авиационное предприятие. Адаптировалась и училась по-прежнему. Параллельно обучению устроилась работать на машиностроительный завод, где работает до сих пор. Начинала работу в должности техника. От повышения не отказывалась, продвигалась по службе: старший техник, инженер, старший инженер. К работе подходила ответственно, справлялась успешно. С коллективом сложились хорошие и дружеские взаимоотношения.

Замуж в 20 лет, овдовела в возрасте 50 лет (супруг злоупотреблял алкоголем, случались запои, скончался от инфаркта миокарда). В дальнейшем пациентка замуж не выходила, отношения с противоположным полом не выстраивала. Мотивировала отсутствием интереса. От брака есть сын 37 лет. Характеризует его скрытным, малообщительным,

«перфекционистом»: «Со временем стал чистюлей». Женился на женщине с ребенком от прошлого брака, общих детей нет; вскоре развелся и в брак в дальнейшем не вступал.

Удары головой, сотрясение мозга, потери сознания отрицает.

Операция по удалению матки с сохранением придатков в 42 года, которая спровоцировала раннее начало климакса, протекавший без осложнений.

Закрытый перелом правой кисти руки в 56 лет.

Впервые изменение своего состояния отметила в 2015 году, когда «в целях профилактики» по собственной инициативе записалась на колоноскопию. Во время обследования были выявлены полипы, которые на повторной процедуре не обнаружались, «потерялись». В связи с этим направлялась в Центральную клиническую больницу для установления диагноза, где повторно были выявлены полипы, предположительно инфекционного генеза. В сданных пациенткой анализах был обнаружен «эхинококк». Самостоятельно пропила курс противопаразитарных средств, повторно сдавала анализы, которые не выявили наличие «эхинококка».

В августе 2018 года после купания в реке ощутила «ниточку» на нижней губе: «Были наплывы ниточек». Чувствовала «трубочки» по краям языка, ощущала внутри них «движение»: «Как будто там кто-то бежит». Обращалась к врачам, однако соматической патологии выявлено не было. Старалась их убрать: раскусывала до крови слизистую. «По этим трубочкам бегали шарики, я их пыталась прокусить, трубочки лопались и иногда удавалось вытащить шарики». Стали постоянно беспокоить мысли об «инфицировании», самостоятельно принимала противопаразитарные препараты. Чувствовала «ползание» в слюнной железе: «Там какие-то шарики постоянно бегают, а от их телец отходят ножки». Со временем слюна приобрела ощущение «плотной слизи». При надавливании на слюнную

железу, чувствовала облегчение, ощущала, что «тельца» внутри железы «костенеют». Подобные ощущения отмечала и на кончике языка. Стала испытывать трудности при дыхании, чувствовала, что нос «закупоривается», «оттуда выделялась какая-то слизь». «У меня эти трубочки теперь и в носу появились. Наплывы шариков по трубочкам в носу, они костенеют, закрывают носовые ходы и не дают дышать». Для облегчения дыхания «ковыряла корочки»: «Я их убиваю, а они снова костенеют там». Ощущала на языке «бегунки», на губе – «головки», которые «наливались жидкостью». Отметила «распространение трубочек по всему телу»: «Они перешли на щеки, все слюнные железы захватили. Трубочки теперь еще и в голове, шее, идут вниз, к желудку». Возникло желание «почесать» железы. Чувствовала, что «паразиты опускались вниз по шее». «Они везде ползают, по шее, по груди». Ощущала, как «они захватили весь организм», «пожирали» ее. «Я их пытаюсь убить, но они быстрее размножаются». Обследовалась у различных врачей, однако органической патологии выявлено не было. «Мне никто не верит, а паразиты уже почти всю меня съели». Начала связывать «бегунки» с «шишкой» на языке, которая появилась 8 лет назад и «держалась» неделю: «У меня тогда, видимо, поменялась структура языка. Шишка прошла, но от нее осталась личинка, которая сейчас и развилась».

Неоднократно обращалась в ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, направлялась на консультацию к врачу-психиатру, от которой длительное время отказывалась.

Заключение врача-стоматолога от 05.02.2019 (выписка из амбулаторной карты № 01****): «По результатам анализов от 16.01.2019 дисбактериоз полости рта не выявлен. Status localis: Внешний осмотр без изменений, открывание рта свободное. Слизистая оболочка обычного цвета, умеренно увлажнена. Слизистая оболочка в ретромолярной области незначительно отечна. Язык обложен сероватым налетом, контурированы грибковидные сосочки. На боковой поверхности языка имеется точечная

эрозия с участками паракератоза, при пальпации отмечается незначительное уплотнение (механическая травма, наносимая ногтями при попытке самостоятельного извлечения «гельминта»). Лабильная нервная система. Диагноз: Неспецифическая эрозия на боковой поверхности языка слева. Рекомендовано лечение у врача-психиатра».

Психический статус от 11.02.2019:

Пациентка на консультацию пришла самостоятельно. Внешне опрятна.

В собственной личности, пространстве и времени ориентирована правильно. Разговаривает взволнованным голосом. К беседе и консультации относится подозрительно: «Никто мне не верит, что у меня во рту паразиты, пытаются выставить сумасшедшей». На вопросы отвечает в плане заданного, не всегда по существу. Переходит от одной темы к другой без логической последовательности. Старается перевести русло беседы на тему «паразитов». На общие вопросы дает формальные и односложные ответы. Интеллект соответствует полученному образованию. Память не нарушена.

Считает себя больной с 2011 года, когда впервые почувствовала «шишку» на кончике языка, от которой «осталась личинка». В дальнейшем отмечала неуклонное ухудшение самочувствия, отмечала появление «ниточек» в нижней губе, которые «расширялись и превращались в полые трубочки, по которым начали бегать шарики». Со временем «полые трубочки» начали «прорастать» в нос и «по всему телу», а «шарики превратились в паразитов». Детально и предметно описывает их: «У этих паразитов есть тельца, от которых отходят ножки. Они перемещаются по полым трубочкам». Убеждена, что «паразиты захватили весь организм»: «Конечно, они же по всему телу распространились, они сжирают меня».

Одновременно с этим сообщает, что «активно с ними борется»: «Я прокусываю эти трубочки, пытаюсь убить их там. После укусов шарики-паразиты костенеют там, а потом вытаскиваю их наружу».

Со слов пациентки известно, что домашними ножницами нанесла себе повреждения слизистой оболочки ротовой полости с целью извлечения «паразитов».

Требует хирургического вмешательства, чтобы «перерезать каналы, чтобы паразиты больше не могли бегать и размножаться». Пациентка разубеждению и словесной коррекции не поддается.

Несмотря на описываемые жалобы, фон настроения не снижен. Пациентка сообщает, что «ест достаточно», однако «похудела на 2 размера». Объясняет это тем, что «паразиты сжирают изнутри». Одновременно с этим дополняет, что «специально стала есть меньше, чтобы у паразитов не было пищи». Суицидальные мысли отрицает. Сон нарушен по типу частых ночных пробуждений.

Консультация д.м.н., заведующего кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России Шмиловича А.А.: Параноидная шизофрения, галлюцинаторно-бредовой синдром.

Динамика состояния:

На фоне проводимого лечения отметила улучшение состояния, снизились интенсивность и распространенность «паразитов», наладился сон («лучше сплю»). «Они у меня по всему телу были, а сейчас уже ниже шеи не опускаются». Несколько раз самостоятельно прекращала прием назначенных препаратов и вместо них возобновляла прием противопаразитарных средств. На повторных консультациях вновь соглашалась принимать рекомендованные лекарства. Отмечалось значительное улучшение состояния. «Я их где-то в глубине чувствую. Они уже не расползаются по всему телу, не размножаются, но они где-то во рту глубоко засели. В целом мне гораздо спокойнее».

Лечение: галоперидол до 4,5 мг в сутки, бипериден до 4 мг в сутки. Длительность лечения в общей сложности составила 5 месяцев. На фоне лечения отмечалось существенное улучшение состояния, заключающееся в значительной редукции интенсивности галлюцинаторных проявлений и дезактуализации бредовой симптоматики.

Анализ наблюдения:

У пациентки в начале заболевания отмечались «наплывы ниточек». Вскоре неприятные ощущения обрели полноценную предметность. Пациентка четко описывала свои переживания, давала их точную локализацию: жаловалась на «полые трубочки» в языке и слизистой щек, по которым «бегали шарики с тельцами». Пациентка не поддавалась словесной коррекции, была убеждена в своей «правоте». Поведение пациентки определялось ее переживаниями, состояние соответствовало галлюцинаторно-бредовому синдрому. Определялись тактильные галлюцинации, которые со временем трансформировались в дерматозойный бред, когда пациентка в «шариках, бегунках распознала паразитов». Выявлялось постепенное «расползание паразитов» по всему организму, ощущала, что они ее «сжирают». Также отмечалась ретроспективная бредовая трактовка возможного «заражения с отложением личинок». Пациентка на высоте галлюцинаторно-бредовых переживаний многократно наносила себе повреждения: ногтями пыталась «высвободить паразитов, убить их», а в дальнейшем с той же целью ножницами наносила себе порезы в области верхней десны и слизистой щек справа. В описываемом клиническом случае доминировали галлюцинаторно-бредовые расстройства, которые явились почвой для формирования аутоагрессивного поведения. На фоне проводимого лечения произошла дезактуализация бредовых переживаний, уменьшилась зона охвата галлюцинаторных проявлений.

3.2.2. Психометрическая оценка пациентов с галлюцинаторными расстройствами

У всех пациентов с галлюцинаторными расстройствами при психометрии (Тейлор-Норакидзе) выявлялись тревожные состояния.

В двух случаях (22,2%¹²) определялся средний уровень с тенденцией к низкому, в четырех (44,4%) – средний с тенденцией к высокому, в трех (33,4%) – высокий (Рисунок 3.18).

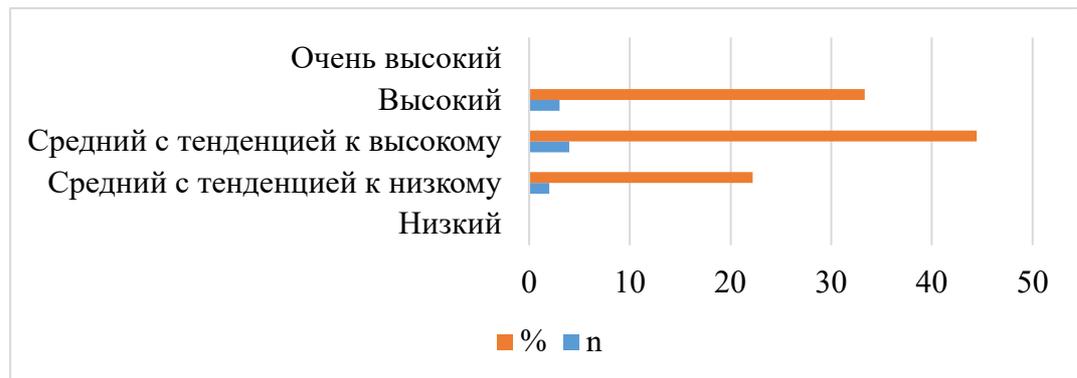


Рисунок 3.18. Результаты психометрии у пациентов с галлюцинаторными расстройствами с использованием самоопросника Тейлора-Норакидзе.

Не регистрировались результаты, соответствующие низкому и очень высокому уровню тревоги.

В 1 (11,1%) случае выявлялась неискренность при ответах.

Для описываемого вида СНС нехарактерна депрессивная симптоматика, что подтверждалось результатами психометрии с использованием опросника Цунга: в семи (77,8%) случаях определялось нормальное состояние, в оставшихся двух (22,2%) – легкая депрессия (Рисунок 3.19).

¹² При проведении психометрической оценки пациентов с галлюцинаторными расстройствами процент посчитан от выборки пациентов с указанным видом СНС (n=9).

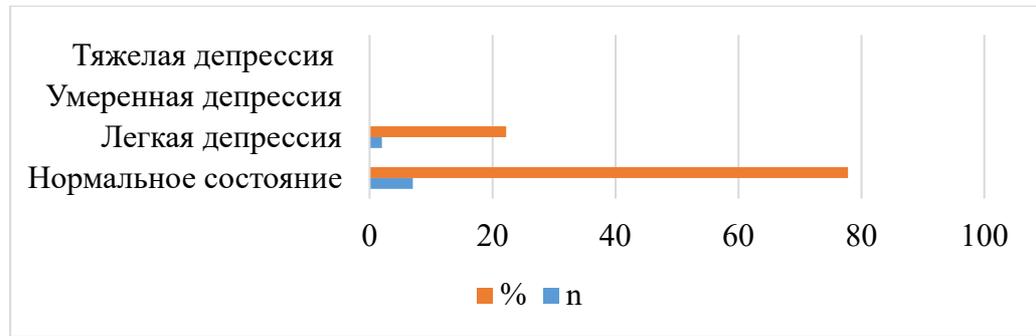


Рисунок 3.19. Результаты психометрии у пациентов с галлюцинаторными расстройствами с использованием самоопросника депрессии Цунга.

При проводимой психометрии не регистрировались умеренная и тяжелая степени депрессии.

Для галлюцинаторных расстройств также не является характерным ипохондрическое расстройство. Исходя из индекса Уайтли, в трех случаях (33,3%) выявлялась средняя степень ипохондрии. В остальных 6 случаях (66,7%) определялось отсутствие ипохондрических проявлений (Рисунок 3.20).

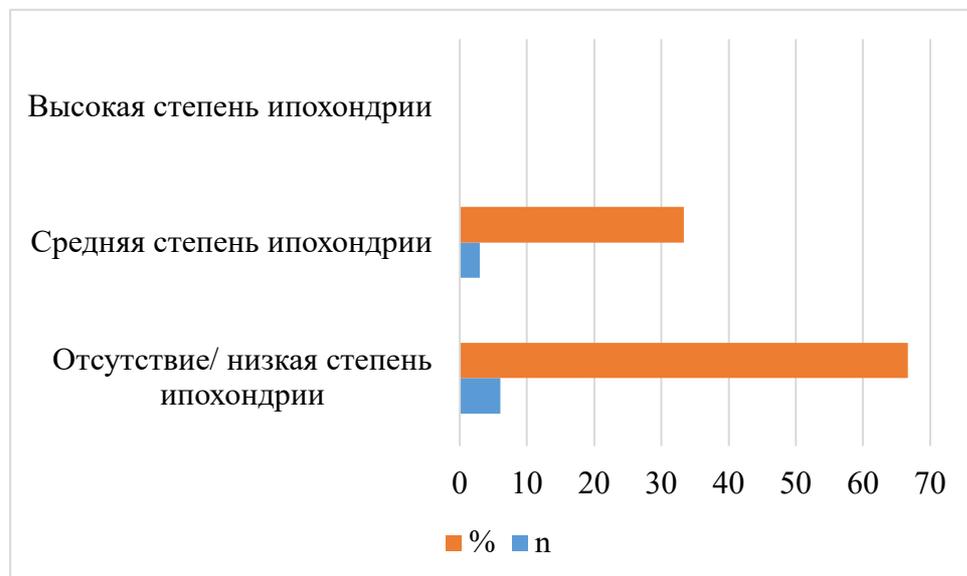


Рисунок 3.20. Результаты психометрии у пациентов с галлюцинаторными расстройствами с использованием самоопросника индекс Уайтли.

При проводимой психометрии не регистрировалась высокая степень ипохондрии.

Личностный опросник Леонгарда-Шмишека выявил равномерное распределение по акцентуациям характера, что представлено в диаграмме (Рисунок 3.21):

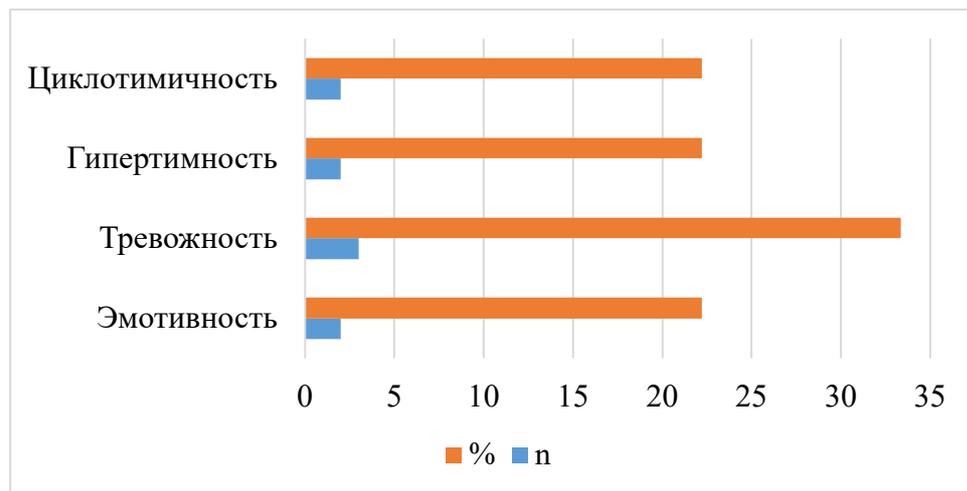


Рисунок 3.21. Результаты психометрии у пациентов с галлюцинаторными расстройствами с использованием самоопросника Леонгарда-Шмишека.

При проводимой психометрии не регистрировались педантичный, застревающий, неуравновешенный, дистимичный, демонстративный и аффективный типы личности.

3.2.3. Дисморфомания

Дисморфомания определялась сверхценной или паранойяльной неудовлетворенностью своей внешностью. Пациенты жаловались на мнимые «уродства» и «дефекты», акцентировали внимание на физиологической асимметрии лица, либо же на незначительные косметические недостатки, которые вызвали несоответствующие по силе внутренние переживания. Необходимо отметить «стоматологическую» специфику: помимо классических жалоб на «неправильную» форму лица и т.д., пациенты

жаловались на «плохую» форму и «некрасивое» расположение зубов, их «неполноценно белый» и «блеклый» цвет.

Выявлялась охваченность идеей о необходимости оперативного вмешательства и немедленной коррекции внешности (настойчиво убеждали врачей в собственной правоте). Пациенты не поддавались словесной коррекции, обвиняли врачей в «целенаправленном нежелании им помочь». Жизненные интересы сужались и ограничивались идеями о недостатках внешности и возможностях их преодоления.

Во всех наблюдениях (5; 26,3%) манифестирующей жалобой было недовольство собственной внешностью.

Так, пациентка сообщала, что «нашла у себя изъян – мешок под правым глазом».

К моменту осмотра у всех пациентов (26,3%) первичные жалобы оставались актуальными, однако дисморфомания, как более тяжелое психическое расстройство, имело тенденцию к расширению и утяжелению симптоматики (5; 26,3%). Расширение симптоматики достоверно чаще ($p=0,002$) выявлялось при дисморфомании, чем при игниопатии. Отсутствовали миграция (5; 26,3%) и эпизоды улучшения состояния (5; 26,3%).

Со слов пациентки известно, что изначально была недовольна размером и асимметрией своих щек. В дальнейшем пациентка отмечала, что у нее «все лицо страшное, асимметричное, огромное», не могла точно обозначить, что именно не устраивало во внешности: «Все».

Снижение настроения и сенситивные переживания дополнительно провоцировали разрыв прежних контактов: пациенты избегали общения со знакомыми, чтобы «не становиться посмешищем», меняли места и условия работы. Также они переставали выходить на улицу, чтобы «лишний раз не

оказаться у всех на виду». Дома сторонились зеркал, чтобы «не видеть этот ужас».

Пациентка сообщала, что перешла на удаленную форму работы, «чтобы не ходить в офис с таким лицом и не позориться».

В трех случаях (15,8%) наблюдалось аутохтонное начало: пациенты «случайно обнаруживали» у себя косметические «дефекты».

В одном случае у пациентки после полученной травмы носа (перелом костей носа) образовалась «горбинка». Для ее удаления она обратилась к пластическому хирургу. Результатом операции была недовольна, не узнавала себя, считала «свой нос не своим». На этом фоне отмечала подавленность, слезливость, снижение настроения, настойчиво требовала повторную операцию, в которой по психическому состоянию было отказано.

В другом наблюдении у пациентки дисморфомания развилась после замечания родственницы об асимметрии лица, которое оказалось для нее тяжелой психотравмой.

Со слов пациентки известно: «Мне тетя сказала, что челюсть немного асимметрична». Стала «присматриваться» к себе, появилась неудовлетворенность внешним видом, считала себя «какой-то не такой».

Локализацией жалоб во всех наблюдениях (5; 26,3%) была челюстно-лицевая область: пациенты жаловались на следующие «дефекты» – форма носа, губ, зубов, щек, скул, овала лица.

При дисморфомании характерно отсутствие суточного ритма: все пять пациентов (26,3%) сообщали, что «мысли о внешности» занимали их на протяжении всего времени суток.

В трех случаях длительность течения дисморфомании составляла менее 5 лет, в оставшихся двух – более 5 лет.

Прослеживалась прямая взаимосвязь продолжительности течения расстройства и его тяжести: со временем пациенты «все больше» были недовольны своей внешностью – не только челюстно-лицевой областью, но и жаловались на «некрасивую форму» рук, ног, голеней и других частей тела.

Во всех клинических случаях (5; 26,3%) пациенты были женского пола.

Дисморфомания была представлена расстройствами группы F2, в частности: неврозоподобная шизофрения (F21.3; 5; 26,3%). Расстройства группы F2 выявлялись достоверно чаще ($p=0,002$) при дисморфомании, чем при игниопатии.

Дисморфомания, как и сенестопатия, являясь преимущественно расстройством шизофренического спектра, чаще встречается у пациентов молодого возраста. Все пациенты с дисморфоманией в исследовании относились к молодой возрастной группе (18-44 лет).

Дисморфомания во всех наблюдениях квалифицировалась в структуре аффективных (депрессивных) нарушений, что отличает этот вид СНС от игниопатии, алгии и галлюцинаторных расстройств, протекающих преимущественно моносимптомом без связи с аффективными нарушениями.

Одновременно с этим у пациентов выявлялся деперсонализационно-дереализационный синдром. Они жаловались на то, что «не только внешность изменилась», но и «они сами внутренне стали какими-то другими», переставали себя узнавать. Ощущали «изменение» окружающего мира и людей.

Деперсонализация и дисморфомания занимали значительное место в переживаниях пациентов и полностью определяли их поведение, которое, по сути, сводилось к одному – проведение оперативного вмешательства с целью «исправления/улучшения» внешности и «возвращения себя». Также у пациентов отмечались и другие нарушения мышления – парадоксальность, непоследовательность, резонерство, соскальзывание, паралогичность.

В трех клинических случаях из пяти до консультации врача-психиатра проводились пластические операции, которые не приводили к улучшению состояния, а наоборот, это оказывало прямо противоположный эффект: пациенты отмечали, что «после каждой» операции «становилось только хуже» и с еще большей настойчивостью требовали новых вмешательств для «исправления ошибок и внешности».

Следует отметить, что пациенты с дисморфоманией не могут быть удовлетворены пластическими операциями, так как они оценивают себя через призму соответствующего психического расстройства. Однако риск повторных операций с целью «улучшения внешности» крайне высок.

Данный вариант расстройства хорошо иллюстрирует следующий клинический пример (№3).

Пациентка З.А.В., 1988 г.р., на момент осмотра 30 лет.

Наследственность отягощена по материнской линии.

Мать 54 года. Работает в банке специалистом по ценным бумагам. Характеризует ее неуверенной в себе, тревожной, с «комплексами» по поводу внешности и веса. Тяжело перенесла переезд дочери в другой город: стала чаще ей жаловаться на свою жизнь, считала, что ее не ценят. Одновременно с этим пациентка сообщает о неуживчивости матери с другими людьми, в частности, с коллективом. Отмечает такие черты характера, как замкнутость, раздражительность («на пустом месте может выйти из себя»), скандальность, агрессивность, которые «постоянно» приводят к «каким-то проблемам» и конфликтам с другими людьми: «Ее все раздражают, все плохие».

По рассказам матери знает, что прадед испытывал «какие-то» психические «проблемы».

Отец 57 лет. Родители в разводе. Работает личным помощником предпринимателя. Другими сведениями об отце не располагает, связь не поддерживает.

Пациентка родилась единственным ребенком в семье от нормально протекавших беременностей и родов, в срок, физиологично. Начала выговаривать отдельные слова в возрасте 2-ух лет. Потом «замолчала» и стала «мычать», что продолжалось в течение последующих двух лет. Консультировались с логопедом, терапия не оказывала положительного эффекта. В 4 года самостоятельно заговорила. Посещала детский сад с неохотой, «ненавидела», не нравились правила и режим. Считала отношение воспитателей «плохим», «грубым». В детском саду ни с кем не поддерживала общение, сторонилась других детей. В связи с этим определяли в более младшую группу, однако контакты не наладила. Предпочитала находиться в одиночестве. Целенаправленно долго ела: «Все уходили, а я одна оставалась в столовой». Воспитатели грозили наказанием, однако пациентка на замечания никак не реагировала. Жаловалась матери, что заставляют есть. Мать ходила в детский сад обсудить данную ситуацию с воспитателями, в результате чего пациентку более не заставляли есть и «оставили в покое».

В школу пошла в возрасте 7 лет. Адаптировалась без особенностей. С одноклассниками общение не поддерживала, дружеские отношения не формировала. После 5-го класса появилась одна подруга, с которой проживали по соседству. Вместе с ней состояли в общей компании из шести человек, однако со всеми остальными у пациентки общение носило формальный и поверхностный характер. Училась хорошо и ровно, однако к предметам интереса не проявляла. Плохо успевала по точным наукам. «Дни, когда у нас стояли математика, физика и химия были просто мучением для меня». Не любила отвечать у школьной доски, боялась внимания со стороны, испытывала страх, что «плохо ответит». Во время обучения в школе профессионально занималась балльными танцами на протяжении 5 лет. Из-за

финансовых трудностей не смогла оплачивать занятия и оставила танцы, однако по данному поводу «особо не переживала». Окончила 11 классов, годы обучения не дублировала. После школы сразу поступила в университет на филологический факультет. Адаптировалась легко, стала более общительной. «Общительная – такой ник дали мне в университете». Была близкая подруга, которую потом «сменила» другая. Училась «очень старательно», хорошо и ровно. Академический отпуск не оформляла. Окончила 4 года и после сразу поступила в магистратуру на гуманитарный факультет. Адаптировалась легко, училась по-прежнему. В группе училось 5-6 человек, однако общение вновь носило формальный характер. Параллельно обучению несколько месяцев работала продавцом-консультантом в сети магазинов продажи одежды и аксессуаров. Трудно адаптировалась, были плохие взаимоотношения с коллективом. После окончания магистратуры (2 года обучения) в течение полугода работала частным репетитором. Далее устроилась администратором в оперный театр. Отработала один театральный сезон. Все устраивало, нравилась работа: «Обожание ко мне было со всех сторон». Несмотря на успешную адаптацию, решила уволиться в «поисках новых приключений». Переехала в Санкт-Петербург. «Ни к кому не переезжала, никого там у меня не было». Подавала резюме в различные театры, устроилась на месяц в театр юного зрителя переводчиком. После перешла в другой театр в качестве администратора иностранного отдела. Не смогла адаптироваться. «Был ужасный коллектив», считала их «глупыми», замкнулась в себе, перестала общаться с окружающими. Решила поменять место работы и устроилась личным помощником директора театрального балета. Нравился коллектив, так как «он был помешан на работе» и пациентку «не трогали». Отработала в общей сложности полтора года. Первый год работы прошел без особенностей, последние полгода отмечала у себя подавленное состояние, появилась слезливость. Из-за климата и общего состояния решила переехать к подруге в Москву. Сразу появился круг общения. Устроилась в театр, где работает до сих пор менеджером

международного отдела. Занимается организацией гастролей, сопровождением иностранцев. Адаптировалась легко. С работой справляется, считается ответственным и хорошим сотрудником, однако пациентка начала рассматривать другие варианты. «Мне быстро все надоедает, не думаю, что меня может что-то надолго заинтересовать».

Операции, переломы, травмы, удары головой, потерю сознания, сотрясение мозга, хронические заболевания отрицает.

В браке не состояла, детей нет. Инициаторами разрыва отношений всегда выступали партнеры. «Не видит» себя в отношениях: «Я никого не любила, не могу давать эмоции, ласку, любовь, заботу другим людям». Интимная жизнь интереса не вызывала.

Впервые изменения во внешности отметила в возрасте 21 года, когда окончила курс лечения брекет-системой: «У меня лицо стало асимметричным». В тот же период появились высыпания на коже лица, считала себя «страшной», «толстой». Снизила употребляемое количество еды, исключила из рациона мясные продукты, сбросила 8 килограмм: «Мне нравилось себя ограничивать». Несмотря на снижение веса продолжала считать себя полной: «У меня были толстые щеки и ноги». Увлечлась фотографией, однако сама избегала объектив фотоаппарата. Стала сторониться зеркал, чтобы «не видеть себя страшную лишней раз». Не нравилась форма лица, жаловалась родителям на свою внешность, делилась с ними, что считает себя «страшной». К возражениям родителей не прислушивалась: «Меня не волнует, что думают другие. Мне важно, как я сама себя ощущаю». Отмечала «неуклонное ухудшение» внешности: «Я становилась все страшнее и страшнее». Появились приступы ненависти к своей внешности: «Я урод». Ощущала и видела «усиливавшуюся асимметрию» лица: «У меня одна щека больше другой и увеличивается с каждым днем». Стала более раздражительной, отмечала колебания настроения. В возрасте 27 лет «очень» замкнулась в себе, перестала общаться

с другими людьми: «Я достигла дна своей необщительности». Было желание отграничить себя от всех других, изолироваться: «Я вообще не хотела людей рядом». Стала предпочитать одиночество: «Мне было комфортно одной сидеть в темноте». Одновременно с этим стала ощущать, что «мир вокруг изменился», однако не могла понять каким именно образом. Одновременно с этим чувствовала изменение собственного внутреннего состояния: «Я не я и жизнь не моя». Считала, что отстранилась от внешнего мира, потеряла взаимосвязь с ним. В возрасте 29 лет отметила появление приступов сильной тревоги, страха смерти. Приступы сопровождались потливостью рук и ног, головокружением, учащенным сердцебиением. В дальнейшем приступы тревоги самостоятельно «исчезли» и более не возникали. «Последнее время» стала чувствовать, что челюсти «как-то неправильно» двигаются, суставы «не так работают». Стало сложнее выговаривать различные звуки. Появилась «заикленность» на этих ощущениях. В связи с неприятными ощущениями и жалобами на асимметрию лица обратилась в ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России.

Консультация челюстно-лицевого хирурга от 12.09.2018 (выписка из амбулаторной карты № 29****): «На момент обращения хирургическое лечение не показано. Эмоциональная лабильность. Рекомендована консультация психиатра».

Психический статус от 05.10.2018:

Пациентка на консультацию пришла самостоятельно. Внешне опрятна.

В кабинет входит с опаской, медленно садится на стул. На вопросы отвечает не сразу, вертит головой, после говорит: «Я не всегда такая неадекватная, просто впервые на приеме у психиатра».

В собственной личности, пространстве и времени ориентирована правильно. Разговаривает спокойным голосом. На вопросы отвечает не всегда по существу, переходит от одной темы к другой без логической

последовательности. Отмечается нецеленаправленное и бесплодное рассуждательство, в суждениях непоследовательна, противоречива. «Я люблю себя ограничивать, но понимаю, что это плохо. Не ем мясо, хотя понимаю, что это вредно и у меня снижен гемоглобин». Во время консультации много жестикулирует. Смеется не всегда соответственно содержанию беседы. Сообщает, что с раннего возраста предпочитала одиночество, не стремилась заводить дружбу, своими секретами и переживаниями ни с кем не делилась. Общение с окружающими носило формальный характер. Со слов пациентки известно, что «примерно» с 21 года стала считать себя «страшной, толстой». Несмотря на диету и снижение веса, продолжала ощущать себя полной. Не нравились лицо, ноги, «особенно» щеки: полагала, что они асимметричны. Избегала зеркал и фотокамеры, чтобы «лишний раз не выйти страшной». Отмечала неуклонное ухудшение внешности: «Я с каждым годом все страшнее и страшнее».

Настоящее ухудшение 3 года назад, когда резко сузила круг общения и интересов. «Зациклилась» на своей внешности, считала себя «уродом». Появились приступы ненависти к себе и своей внешности. Одновременно с этим стала выделять периоды, когда чувствовала, что «мир вокруг изменился», стал непривычным, необычным. Ощущала, что «теряла с ним взаимосвязь». Такое состояние могло сопровождаться чувством собственной измененности, когда ощущала, что «я больше не я»: «Это не моя жизнь, не мои друзья. Меня вообще не должно быть здесь и сейчас». Также сообщает о резких и неконтролируемых наплывах мыслей, которые могут оканчиваться резким обрывом и последующим ощущением пустоты в голове. Последние несколько месяцев отметила появление ощущения «неправильного» смыкания зубов, «неправильного» движения челюсти, стало труднее артикулировать и выговаривать различные звуки.

На момент осмотра жалуется на асимметрию лица, увеличение щек. На просьбу конкретизировать, что именно не нравится, дать ответа не может.

«Мне сложно отвечать на этот вопрос, так как я до этого никогда не описывала свои ощущения в словах. Все не нравится, вся форма лица не нравится, хочу полностью ее поменять». Как именно поменять – затрудняется ответить. Жалуется на ощущение «неправильного» смыкания зубов, «неправильного» движения челюсти, «нарушение» прикуса. Словесной коррекции не поддается.

Фон настроения незначительно снижен. Сон нарушен по типу частых ночных пробуждений. «Я часто просыпаюсь от кошмаров. У меня много снов про мои зубы и челюсти». Аппетит умеренный.

Настаивает на проведении операции для коррекции внешности. «Я все равно добьюсь операции и уменьшу щеки, заодно симметрию восстановлю».

Консультация д.м.н., заведующего кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России Шмиловича А.А.: Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, дисморфомания, деперсонализационно-дереализационный синдром, синдром фантомного прикуса.

Несмотря на попытки убедить пациентку в необходимости коррекции психоэмоционального состояния, отказывается от предлагаемой медицинской помощи, настаивает на проведении оперативного вмешательства с целью исправления мнимых дефектов внешности.

Анализ наблюдения:

У пациентки на протяжении 9 лет отмечалась неудовлетворенность своей внешностью. Считала свое лицо асимметричным. Одновременно с этим была недовольна своим весом. Ограничивала себя в еде, похудела на несколько килограммов, однако продолжала считать себя полной. Сторонилась зеркал, не хотела видеть свое отражение. Переживания определяли поведение пациентки. Не слушала возражений своих родственников, партнеров, была убеждена в своем «уродстве». Со временем

стала отмечать усиление «асимметрии», появились приступы ненависти к себе и своей внешности. Для преодоления мнимого уродства требовала проведения пластических операций, однако не могла точно описать, что хотела изменить в своей внешности, не могла обозначить, что именно не нравилось. «Хочу все лицо изменить, не могу сказать, что, но хочу изменить лицо». У пациентки также отмечались начальные элементы фантомного прикуса в виде ощущений «нарушения» прикуса, «неправильного смыкания» зубов и челюсти. Допустимо дальнейшее усиление симптоматики фантомного прикуса. На момент осмотра у пациентки в клинической картине доминировала неудовлетворенность собственной внешностью, патологическая убежденность в мнимом уродстве, стремление к проведению оперативного вмешательства с целью устранения «дефекта». Именно эти признаки и определили состояние пациентки, как дисморфоманический синдром.

3.2.4. Психометрическая оценка пациентов с дисморфоманией

Пациенты с дисморфоманией характеризовались тревожно-депрессивной симптоматикой, что подтверждалось проводимой психометрической оценкой.

Опросник Тейлора-Норакидзе в двух случаях (40,0%¹³) выявил средний с тенденцией к высокому уровень тревоги, а в оставшихся трех (60,0%) – высокий. Случаев неискренности в ответах по шкале выявлено не было.

По шкале депрессии Цунга во всех 5 случаях регистрировались показатели легкой степени депрессии.

¹³ При проведении психометрической оценки пациентов с дисморфоманией процент посчитан от выборки пациентов с указанным видом СНС (n=5).

Характерным были выявленные по индексу Уайтли ипохондрические симптомы у трех пациентов (60,0%): в двух наблюдениях (40,0%) средняя степень ипохондрии, в одном (20,0%) – высокая (Рисунок 3.22).

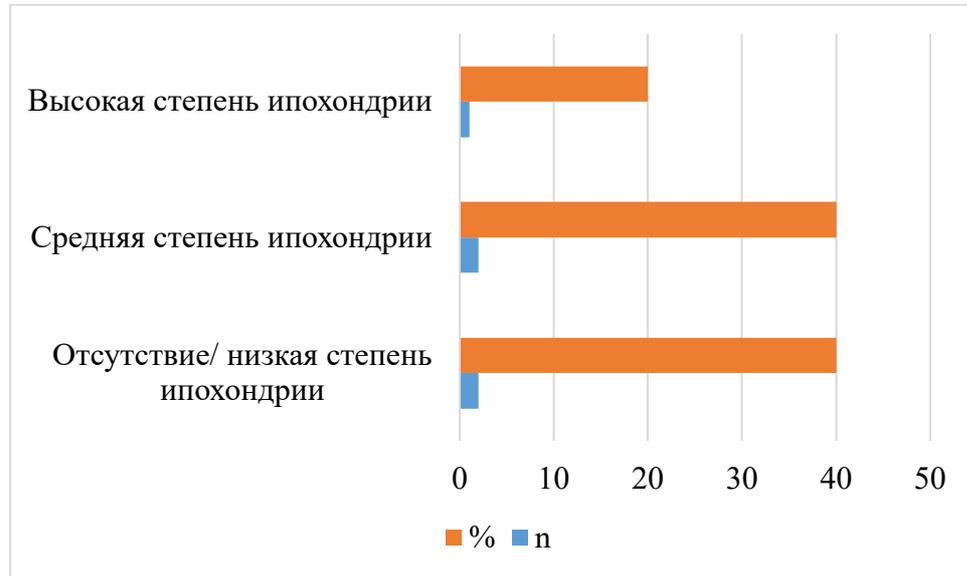


Рисунок 3.22. Результаты психометрии у пациентов с дисморфией с использованием самоопросника индекс Уайтли.

Также в двух случаях (20,0%) результаты соответствовали отсутствию/низкой степени ипохондрии.

С помощью шкалы Леонгарда-Шмишека определялись следующие акцентуации характера: тревожность (2; 40,0%), аффективность (2; 40,0%) и эмотивность (1; 20,0%).

3.2.5. Фантомный прикус

Фантомный прикус рассматривается, как особый вариант расстройства схемы тела. Для данного вида СНС доминирующей жалобой является чувство «дискомфорта» в височно-нижнечелюстном суставе. Пациенты сообщали, что челюсть «стоит не на месте», «челюсть сместилась», «ушла куда-то». Необходимо отметить, что пациенты не жаловались на изменение (увеличение/уменьшение) размеров челюсти, формы челюсти, ее веса и т.д. Они акцентировали внимание именно на «чувстве» изменения положения

челюсти, которое не проходило под зрительным контролем. Описанная патология встречалась в пяти наблюдениях (26,3%).

Со слов пациентки: «Да, в зеркале этого не видно, но я же чувствую, что челюсть ушла куда-то, это внутри, под кожей».

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.

В трех случаях (15,8%) манифестация происходила непосредственно фантомным прикусом. Пациенты отмечали возникновение «дискомфорта» в челюсти, «нарушение» прикуса, что сопровождалось ощущениями «неровного стояния» зубов.

Так, пациентка стала чувствовать «изменения» в расположении челюсти: «Она встала как-то не так, зубы не смыкаются».

В остальных двух случаях (10,6%) первичным проявлением СНС была сенесталгия.

На момент осмотра фантомный прикус встречался в изолированной форме у одного пациента (5,3%). В остальных случаях фантомный прикус определялся в сочетании с другими СНС – сенестопатоз (10,6%), сенесталгия (5,3%), дисморфомания (5,3%).

Так, пациентка сообщала, что у нее «длительное» время челюсть «сдвинута». Со временем пациентка стала отмечать, что «сместившаяся» челюсть «нарушила конфигурацию головы». Считала, что «поехавшая» челюсть ее «уродует».

В двух клинических случаях (с первичным проявлением – сенесталгия) выявилась следующая картина: в одном случае сенесталгия оставалась

актуальной, но параллельно возник фантомный прикус, а в другом случае сенесталгия развилась до сенестопатоза, к которому присоединился фантомный прикус.

Описанное наблюдение свидетельствует о том, что сенесталгия не является вариантом проявления фантомного прикуса и, соответственно, не трансформируется в фантомный прикус, а остается самостоятельным психопатологическим феноменом, как и фантомный прикус.

Для фантомного прикуса характерно расширение зоны симптоматики, отсутствие миграции и эпизодов улучшения состояния (5; 26,3%).

Расширение симптоматики достоверно чаще ($p=0,002$) выявляется при фантомном прикусе, чем при игниопатии. Фантомный прикус наряду с другими расстройствами (сенестопатия, дисморфомания, галлюцинаторные расстройства) отличается тенденцией к расширению зоны патологической перцепции и усложнению симптоматики.

Наиболее характерным триггерным фактором для возникновения фантомного прикуса является медицинское вмешательство – 4 случая (21,1%).

Пациентка сообщила, что обратилась к стоматологу, так как «расшаталась пломба». Была уверена, что врач «стлил» часть с «8, 7 и 6 зубов», несмотря на отрицания врачом подобной манипуляции. Сразу появилось ощущение, что «зуб на зуб не попадает». Вскоре почувствовала, что челюсть «набок ушла».

В одном случае (5,3%) фантомный прикус возникал без внешних причин.

Медицинское вмешательство достоверно чаще ($p=0,05$) является триггерным фактором при фантомном прикусе, чем при игниопатии. Фантомный прикус, в отличие от других расстройств перцепции, как

правило, возникает после ятрогенной провокации: медицинское вмешательство (имплантация, брекет-система, капа, «подпиливание»).

При фантомном прикусе не определяется суточный ритм. Пациенты указывали, что они «чувствуют сместившуюся челюсть» на протяжении всего дня (5; 26,3%).

Со слов пациентки: «А как вы думаете? Челюсть же у меня постоянно смещена, а не только вечером».

Длительность течения СНС влияла на тяжесть симптоматики фантомного прикуса: пациенты сообщали, что «сначала было только на одну сторону челюсти», в дальнейшем «вовлекалась и вторая сторона».

В четырех случаях (21,1%) длительность составила менее 5 лет, в одном наблюдении (5,3%) – более 10 лет.

Фантомный прикус во всех наблюдениях (5; 26,3%) выявлялся у женщин.

Для фантомного прикуса, как и для других более тяжелых психических расстройств, характерным является раннее начало проявлений СНС (Таблица 3.16).

Таблица 3.16

Возраст возникновения фантомного прикуса

Возраст начала	n	%
18-44	2	10,5
45-59	3	15,8

Фантомный прикус был представлен расстройствами шизофренического спектра (F2) и расстройствами личности и поведения (F6), в частности: неврозоподобная шизофрения (F21.3; 3; 15,8%), паранойяльная

шизофрения (F22.82; 1; 5,3%) и параноидное расстройство личности (F60.0; 1; 5,3%). Опираясь на статистический анализ, можно говорить о том, что расстройства группы F2 встречаются достоверно чаще ($p=0,02$) при фантомном прикусе, чем при игниопатии. Расстройства шизофренического спектра в стоматологической практике представлены преимущественно сенестопатиями, дисморфоманией и фантомным прикусом.

Фантомный прикус был квалифицирован в структуре тревожного (1; 5,3%), ипохондрического (3; 15,8%) и дисморфоманического (1; 5,3%) синдромов.

Характерным началом в развитии синдрома фантомного прикуса является чувство «дискомфорта» в одном из суставов во время жевания, разговора (при нагрузке височно-нижнечелюстного сустава). В дальнейшем отмечается нарастание чувства «дискомфорта», его распространение на второй сустав. Пациенты сообщали, что неприятное ощущение начинало беспокоить и в состоянии покоя, становилось «более интенсивным», охватывало «всю челюсть». Чувство дискомфорта сменялось ощущением «сдвига» челюсти, «сползания», «хождения по сторонам», которое в итоге выливалось в полноценный синдром фантомного прикуса с полиморфными жалобами на «неправильное» расположение челюсти («зубы не так стоят, челюсть неправильно смыкается, прикус неправильный, испортился, нарушился») и сверхценной ипохондрией (многократные походы к врачам с целью определения «правильного диагноза» и назначения лечения, чаще всего, оперативного).

В ходе системного анализа синдрома фантомного прикуса были выделены его три клинических варианта:

- 1) Изолированный фантомный прикус – доминирующим (по сути, единственным симптомом) является чувство нарушения прикуса;

2) Фантомный прикус и сенестопатии – в клинической картине перекрываются жалобы на нарушение прикуса и различные сенестопатические проявления;

3) Фантомный прикус и дисморфомания – чувство нарушения прикуса сочетается с неудовлетворенностью своей внешностью.

Таким образом, фантомный прикус выступает, как патологическая почва для развития сенестопатических и дисморфоманических расстройств (возможно и галлюцинаторных).

Со слов пациентки: «У меня челюсть выдвинулась, конечно, лицо изменилось, стало асимметричным!».

Другая пациентка сообщала, что «смещение» челюсти стало причиной других неприятных ощущений. «Это бесследно не могло пройти, у меня боли в суставах, как будто жжение, как будто что-то мешает там внутри, как будто все напряжено».

При фантомном прикусе пациенты часто оказываются жертвами ятрогенных ошибок, получая клинически необоснованное лечение у ортодонтонтов, ортопедов и гнатологов. Особенно неблагоприятны исходы, когда им пытаются «исправить ситуацию» путем крайне сложных, трудоемких, дорогостоящих и небезопасных оперативных вмешательств, что неизменно приводит к ухудшению соматического и психического состояния пациентов, а нередко и к юридическим последствиям.

Данный вариант расстройства хорошо иллюстрирует следующий клинический пример (№4).

Пациентка К.Н.Н., 1960 г.р., на момент осмотра 58 лет.

Отец скончался в возрасте 66 лет в результате автоаварии. Долгое время проживал с другой семьей (родители развелись, когда пациентке было

20 лет). Был певчим в церковном хоре. Характером добрый, безобидный, отзывчивый.

Мать скончалась в возрасте 64 лет от осложнений рака поджелудочной железы. Работала экономистом в нефтегазовой промышленности. После развода замуж не выходила. Характером оптимист, жизнелюбивая, была центром семьи, душой компании.

Сестра 57 лет. Окончила Московский авиационный институт. Работает документоведом в фирме при «РЖД». Характеризует ее лидером, трудолюбивой, работоспособной, целеустремленной, идеалистом. Поддерживает с ней хорошие взаимоотношения. Разведена, сын 35 лет (женат, от брака двое детей).

Наследственность психопатологически не отягощена.

Родилась первым ребенком в семье от нормально протекавших беременности и родов, в срок, физиологично. Росла и развивалась своевременно, от сверстников не отставала. Детский сад не посещала, так как воспитывалась на дому бабушкой. В школу пошла в возрасте 7 лет. Меняла школу в связи с переездом. Везде адаптировалась легко. В школьный период характеризует себя не особо контактной, однако общение поддерживала со всеми, были друзья, тем не менее, самыми близкими считала мать и сестру. Предпочитала маленькие компании. Хобби и увлечения не отмечала. Училась на отлично и ровно. Нравились точные науки, в частности математика и химия. С неохотой шла на занятия по географии, так как с преподавателем периодически возникали конфликтные ситуации. «Мне важен человеческий контакт, а для нее хамство привычный стиль общения». Окончила 10 классов, годы обучения не дублировала. После школы сразу поступила в университет на химический факультет. Адаптировалась легко. С однокурсниками сложились хорошие взаимоотношения. Была близкая подруга (которую со временем «сменила» другая). Училась по-прежнему.

Окончила 5 лет, годы обучения не дублировала, академический отпуск не оформляла. После сразу поступила в аспирантуру на заочную форму обучения, так как параллельно взяли сотрудником на кафедру. Адаптировалась и училась по-прежнему. Успешно окончила аспирантуру и защитила кандидатскую диссертацию. Устроилась работать в институт, где работает до сих пор (параллельно занимается частным репетиторством по химии). Легко адаптировалась: нравился коллектив и условия работы. «У нас была шикарная лаборатория и прекрасные сотрудники». Среди коллег считалась ответственным и исполнительным работником. Постепенно повышалась в должности от младшего научного сотрудника до старшего.

С будущим супругом познакомилась в общей компании в возрасте 46 лет. Общих детей нет (у мужа дочь от первого брака). Взаимоотношения хорошие.

Переломы, сотрясение мозга, потерю сознания, хронические заболевания отрицает.

Операция по пластике грыжевого диска с дальнейшей установкой протектора в возрасте 40 лет.

Сообщает, что «история с зубами» началась в 1995-ом году, когда «разрушилось» несколько зубов. Обращалась к стоматологу, были установлены 3 коронки. После медицинского вмешательства отметила появление болевых ощущений при надавливании на десну: «Как будто нарывало там что-то». Чувствовала дискомфорт под коронками, температура поднималась до 37 градусов по Цельсию. «Что-то не то было под коронками». В связи с жалобами обратилась в поликлинику, прошла курс инъекций антибиотиков без положительного эффекта. Направлена в клинику МГМСУ им. А.И. Евдокимова, где были сняты коронки и удалены 3 зуба. Расценила стоматологическое вмешательство, как «калечащее»: «Они все там порвали, выдернули зубы со всем остальным, воздух проходил. У меня развилась

флегмона». Продолжала жаловаться на гнойные выделения из носа, которые «проходили» через свищевые ходы. Проводилось лечение промыванием (раствор фурацилина), на фоне которого отметила значительное улучшение состояния. После осмотра отоларингологом была госпитализирована для удаления обнаруженных полипов, операция проведена под местной анестезией. За время госпитализации отметила заживление свищевых ходов, жалоб более не предъявляла: «Все прошло, чувствовала себя хорошо». После выписки обратилась к стоматологу для установления протезов, которые успешно носила до 2016 года. «Эти протезы были, как мои родные зубы».

Настоящее ухудшение с 2016 года, когда расшатался крайний зуб, на котором «держался» протез. По рекомендации стоматолога зуб был удален. Приняла решение повторно протезироваться, в связи с чем обратилась к знакомому стоматологу, который сделал первый протез, однако второй протез «не подошел», ощущала «натирание» десны. Считала, что протез был «неправильно» выполнен: «Он получился укороченный». В частном порядке обратилась к челюстно-лицевому хирургу, который диагностировал перекрестный прикус, было предложено исправление прикуса для улучшения конфигурации челюсти, на что пациентка дала свое согласие. Сообщает, что врач изменил конфигурацию «за счет одного зуба, который стоял за нижней челюстью, а сейчас выходит вперед». «Это было роковой ошибкой». Проходила 10 месяцев (февраль-декабрь 2017-го года) с новым протезом, натирания не отмечала, однако ощущала «дискомфорт»: «Как-то мне не так пришелся протез». Периодически приходила на повторные консультации и жаловалась на ощущение «дискомфорта». Врач патологию не выявлял, заключал, что протез стоит в правильном положении. В декабре 2017-го года отметила «покраснение одной половины десен и бледность второй». Обращалась к врачам, однако органической патологии выявлено не было. Вновь обращалась с чувством «дискомфорта». Врач предположил, что

один из зубов «длинный и давит на череп». Для облегчения состояния «подпилили и стесали» высоту коронки, смоделировали новый протез.

В марте 2018-го года протез был полностью изготовлен и установлен, который носила без положительного эффекта: «Не мое, плохо стоял, не могла привыкнуть». В августе того же года отметила ухудшение: ощущение «дискомфорта» стало более выраженным. Носила протезы в дневное время суток, на ночь по совету врача снимала. Во время ношения чувствовала, что, «как будто заново надевала», каждый день чувствовала «что-то новое». Отметила появление «хруста» в височно-нижнечелюстных суставах. Одновременно с этим стала чувствовать «движение» челюсти, стала ощущать, «как будто бы штырь в голове», который «тянулся до шеи и не давал поворачивать голову назад и влево». В связи с этим решила полностью снять протез. На этом фоне «штырь постепенно исчез».

14-го сентября 2018-го года ощутила «внутренний спазм», чувствовала, что произошло «что-то нехорошее», «что-то там внутри изменилось». Изменения ощущала на правой стороне: ощущала изменение «энергии» и «кровотока». Через два дня во время чистки зубов сустав слева начал «плыть». Обратилась к врачу, однако жалобы во время обследования клинически не подтвердились. Ощущала, что «все внутри изменилось», сустав «опускался все ниже и ниже»: «Это постоянный процесс, сустав не стоит на месте, он плывет и опускается вниз». Обращалась к врачу, была перенаправлена в госпиталь челюстно-лицевой хирургии, где так же органической патологии выявлено не было. В поликлинике по месту жительства предложили подточить протез, который «неделю нормально сидел», однако вскоре отметила «еще большее ухудшение»: «Сустав поплыл сильнее». Повторно обращалась в стоматологические учреждения, рекомендовали обратиться в ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России.

Запись гнатолога от 16.10.2018 (выписка из амбулаторной карты № 19****): «Пациентка обратилась с жалобами на снижение высоты нижней трети лица, хруст в височно-нижнечелюстных суставах с двух сторон. Жалобы не соответствуют объективным данным клинического обследования. Рекомендовано: Динамическое наблюдение раз в полгода, ограничение по приему жесткой пищи, широкого открывания рта, консультация врача-психиатра».

Психический статус от 13.11.2018:

Пациентка на консультацию пришла самостоятельно. Внешне опрятна.

В собственной личности, пространстве и времени ориентирована правильно. Разговаривает тихим голосом. На вопросы отвечает не всегда по существу, переходит от одной темы к другой без логической последовательности, склонна к бесплодному рассуждательству. Во время беседы монотонна. Стереотипно повторяет свои жалобы, фиксирована на своем состоянии, на другие темы дает односложные и формальные ответы. Интеллект соответствует полученному образованию. Память не нарушена.

Считает себя больной с 2016 года, когда в связи с «расшатыванием» зуба пришлось устанавливать новые протезы, которые пациентке «не подошли», чувствовала «дискомфорт» в челюсти. Отмечала неуклонное ухудшение состояния, проявляющееся в нарастании «дискомфорта» в челюсти, который связывала с различными стоматологическими вмешательствами («подгонка протезов», «подпиливание зубов»).

В дальнейшем отметила появление «штыря, тянущегося от головы до шеи». Ощущала «внутренний спазм», после которого «изменились кровотоки и энергия» на «правой стороне челюсти».

Со слов пациентки известно, что ощущение «дискомфорта» «перешло» в чувство «нарушения» прикуса и «сползания» челюсти: «У меня челюсть сползает вниз, это постоянный процесс».

Во время консультации монотонно и стереотипно повторяет: «Я чувствую, что у меня челюсть сползает, она скоро упадет, процесс очень быстро идет. Видно или нет, но челюсть сползает, еще и боли в челюсти из-за этого». Одновременно с этим жалуется на «нарушенный» прикус: «У меня из-за того, что челюсть не так стоит, она сползает, мои родные зубы стали, как не мои, у меня нарушился прикус. Зубы не так стоят, неправильно смыкаются, прикус неправильный».

Отмечает снижение активности: «Сил мало совсем». Испытывает трудности при выполнении «домашних обязательств». В связи со снижением физических сил и, «большой частью», неприятных ощущений в челюстно-лицевой области отказалась от частного репетиторства.

Фон настроения ровный. Сон нарушен по типу частых ночных пробуждений: «Просыпаюсь из-за боли и сползания челюсти». Appetit умеренный.

Фиксирована на своем состоянии. Не поддается словесной коррекции, настаивает на «перепротезировании», однако дает согласие на лечение у врача-психиатра.

Консультация д.м.н., заведующего кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России Шмиловича А.А.: Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, бред фантомного прикуса, сенесто-ипохондрический синдром, соматопсихическая деперсонализация с элементами нарушения конфигурации тела, редукция энергетического потенциала.

Динамика состояния и лечение:

На фоне проводимого лечения (рисперидон 2 мг в сутки) пациентка отметила улучшение своего состояния: прошли болевые ощущения в височно-нижнечелюстных суставах. Со слов пациентки: «Челюсть стала

меньше сползать. Процесс остановился, стабилизировался». Отмечалась дезактуализация бредовой структуры. Во время последующих консультаций менее фиксирована на своих ощущениях. Восстановился сон. Лекарственную терапию переносила хорошо. Продолжительность лечения составила 3 года.

Анализ наблюдения:

В описываемом клиническом случае у пациентки после стоматологического вмешательства (протезирование) развились СНС. Изначально пациентка жаловалась, что новые протезы «не подошли». Постепенно нарастало ощущение «дискомфорта» в височно-нижнечелюстных суставах, не связанное с ношением протезов. Отмечалось «каждодневное» изменение в неприятных ощущениях, которым пациентка не могла дать точного описания. Со временем появилось ощущение, что «как будто штырь от шеи к затылку», который мешал поворачивать и наклонять голову. В развитии СНС был выявлен эпизод «внутреннего спазма» с ощущением «нехороших» изменений, «нарушений кровотока и энергии». После данного эпизода у пациентки отметилось полноценное формирование основных жалоб, которые в дальнейшем стали доминировать в клинической картине. Пациентка ощущала, что у нее «сползает челюсть», характеризовала это, как «непрерывный процесс». Чувствовала, что прикус «неправильный», зубы «не так смыкаются», была убеждена в объективности своих ощущений и их соматическом происхождении. Проводя анализ жалоб пациентки, был верифицирован синдром бреда фантомного прикуса, вариант с сенестопатическими расстройствами (ощущение «как будто штыря»). В ходе лечения удалось добиться значительного улучшения состояния в виде снижения интенсивности ощущений и дезактуализации бредовых переживаний.

3.2.6. Психометрическая оценка пациентов с фантомным прикусом

По результатам проведенной психометрии по шкале Тейлора-Норакидзе в двух случаях (40,0%¹⁴) выявлялся средний с тенденцией к низкому уровню тревоги, в трех (60,0%) – средний с тенденцией к высокому. Случаев неискренности в ответах по шкале выявлено не было.

Для пациентов с фантомным прикусом по шкале депрессии Цунга было более характерным нормальное состояние (4; 80,0%), нежели депрессивное (легкая степень депрессии – 1; 20,0%).

По индексу Уайтли в двух случаях (40,0%) регистрировалось отсутствие/низкая степень ипохондрии, а в трех (60,0%) – средняя, что соответствовало выявленным вариантам в ходе клинической консультации.

По опроснику Леонгарда-Шмишека выявлялись по одной акцентуации характера: тревожность (20,0%), аффективность (20,0%) и застревание (20,0%). В оставшихся двух наблюдениях (40,0%) выявлялась эмотивная акцентуация.

3.3. Соматически необъяснимые симптомы с преобладанием расстройств влечений и психомоторики

В данном разделе представлены СНС (6; 4,6% от общей выборки) с патологическим влечением к оперативным вмешательствам, а также с различными вариантами психопатологических расстройств с моторным компонентом: ослабление тонуса мимической мускулатуры на фоне психотравмирующих событий и многократные стереотипные двигательные акты, повторяющиеся действия с ослаблением волевого контроля над ними (Таблица 3.17).

¹⁴ При проведении психометрической оценки пациентов с фантомным прикусом процент посчитан от выборки пациентов с указанным видом СНС (n=5).

Классификация расстройств влечений и психомоторики

Секциомания		Психогенный парез		Обсессивно-компульсивное расстройство	
n	% ¹⁵	n	%	n	%
2	33,3	1	16,7	3	50

3.3.1. Секциомания

В ходе исследования были выявлены два случая (33,3%), при которых определялась патологическая тяга к оперативным вмешательствам. Данное состояние было обозначено, как «секциомания» (*от лат. «sectio» – разрез и др.-греч. «mania» – страсть, безумие*)¹⁶. Секциомания описывает аналогичную патологию, что и томомания (*от греч. «tomos» – отрезок и др.-греч. «mania» – страсть, безумие*), однако предлагаемый новый термин (секциомания) представляется семантически более понятным и подходящим.

В анамнезе у пациентов отмечались многократные (в большинстве случаев однотипные) операции, результаты которых были, как временно положительными (с дальнейшим ухудшением), так и отрицательными (ухудшение имеющейся СНС, с которой пациенты обращались за операцией). Тем не менее, негативный опыт не являлся останавливающим фактором, наоборот: пациенты настаивали на повторных операциях, на собственном видении тактики лечения и объеме оперативного вмешательства. Для них определяющим фактором становился не результат операции, а реализация потребности оперативного вмешательства, от которого они получали удовлетворение. Исходя из этого, было сделано

¹⁵ Здесь и далее процент посчитан от группы пациентов с преобладанием расстройств влечений и психомоторики (n=6).

¹⁶ 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>.

заключение, что секциомания является особой формой аддиктивного поведения (нехимической аддикции).

В качестве первичного проявления СНС в первом случае было ощущение «дискомфорта» в ротовой полости, которое достаточно быстро трансформировалось в сенесталгию, с дальнейшим развитием в сенестопатический синдром, сочетающийся с фантомным прикусом.

Так, пациентка отметила появление чувства «дискомфорта» в ротовой полости: «Я не могла понять, что у меня во рту, ощущался какой-то дискомфорт». Ощущение «дискомфорта» заместилось болевыми ощущениями в верхней челюсти. В дальнейшем отметила видоизменение боли, «как будто клыки стоят не на месте» (у пациентки полное вторичное отсутствие зубов). «Было чувство забитости зубов, заложенности». Сообщала, что ей «создали антиприкус» и из-за этого челюсть «неправильно смыкается». В небе чувствовала, «как будто металлическую дугу», которую хотелось «разомкнуть, расширить».

Пациентка отмечала, что «каждое» стоматологическое вмешательство «делало все только хуже», а «один врач допустил фатальную ошибку», после которой «все испортилось». Несмотря на это, пациентка продолжала подвергать себя различным хирургическим вмешательствам. На осмотре сообщала, что «ей необходимо, как минимум десять операций, чтобы все восстановить». У пациентки имелся целый план дальнейших хирургических вмешательств, о которых она рассказывала с плохо скрываемым удовольствием. Сообщала, что на протяжении 10 лет является «постоянным клиентом» стоматологических учреждений.

Во втором случае пациент был прооперирован по поводу невриномы слухового нерва слева (2005 г.), после чего развился паралич мимической мускулатуры слева. Перенес несколько восстановительных пластических операций, однако не удавалось устранить выворот нижнего века: операции

проходили успешно и без осложнений в послеоперационном периоде, однако пациент через некоторое время вновь возвращался с прежней симптоматикой – выворот левого нижнего века. Клинический анализ этого наблюдения позволил обосновать предположение о сформированной секциомании, как первичном проявлении СНС.

В общей сложности этот пациент перенес свыше 20 однотипных операций по восстановлению/пластике нижнего века. Проходил лечение в ведущих институтах страны и оперировался у высококвалифицированных хирургов. Сообщал, что «эффект держался 3 недели, а потом снова опускалось веко». Настаивал на проведении повторной операции, но уже «по его плану». В связи с вышеописанным хирурги предположили, что пациент специально наносил себе повреждения для того, чтобы добиться повторных оперативных вмешательств. В последующем это было подтверждено объективными доказательствами во время одной из операций. Подобное преднамеренное самоповреждающее поведение, которое он категорически отрицал, было обусловлено симуляционно-имитационными мотивами и соответствовало клиническим проявлениям синдрома Мюнхгаузена.

На момент осмотра в обоих наблюдениях главенствующим проявлением определялась секциомания: в одном случае выявлялись сенестопатический синдром, синдром фантомного прикуса, однако доминирующим симптомом, определяющим поведение и клиническую картину, оставалась секциомания – непреодолимое влечение к оперативному вмешательству.

Можно отметить, что для обоих случаев выявленной секциомании были нехарактерны эпизоды улучшения состояния (2; 33,3%). Длительность секциомании в обоих случаях составляла более 10 лет.

Пациентов с секциоманией по половому признаку было равное количество.

Возраст так же был смещен в сторону более раннего начала проявлений (Таблица 3.18).

Таблица 3.18

Возраст возникновения секциомании

Возраст начала	n	%
18-44	1	16,7
45-59	1	16,7

Секциомания была представлена органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (F0) и расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F6), в частности: бредовое расстройство в связи со смешанными заболеваниями (F06.28; 1; 16,7%) и умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера (F68.1; 1; 16,7%).

Секциомания являлась клиническим проявлением истеро-конверсионного синдрома (1; 16,7) и бредового синдрома (1; 16,7%).

Одновременно с этим 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 оперативного вмешательства, активная заинтересованность дальнейшими операциями, отсутствие страха перед операцией и возможными послеоперационными осложнениями.

Дополнительным мотивом к развитию подобного вида патологического влечения предположительно может быть эйфоризирующий эффект анестезиологического пособия.

При выявлении предикторов и самой секциомании необходимо направлять этих пациентов к врачу-психиатру, так как проведение необоснованных оперативных вмешательств не только вредит соматическому здоровью пациента, но и формирует/подкрепляет аддиктивное поведение.

3.3.2. Психометрическая оценка пациентов с секциоманией

По шкале Тейлора-Норакидзе в обоих случаях выявлялся средний уровень тревоги с тенденцией к низкому. В одном случае определялась неискренность в ответах.

Для секциомании характерно отсутствие депрессивных проявлений, что подтверждалось шкалой депрессии Цунга, в обоих случаях выявлявшая нормальное состояние.

Также характерно и отсутствие ипохондрических симптомов: результаты психометрии по индексу Уайтли соответствовали отсутствию ипохондрии.

Опросник Леонгарда-Шмишека выявлял такие варианты акцентуации характера, как гипертимность и демонстративность.

3.3.3. Психогенный парез

Одним из вариантов СНС с нарушениями психомоторики было функциональное снижение тонуса мимической мускулатуры.

Первичным проявлением СНС и СНС на момент осмотра определялся лицевой парез справа (психогенный парез был выявлен у женщины – 1; 16,7%).

По анамнестическим сведениям известно, что развитию пареза предшествовала череда «неприятных» событий и «внутренняя истощенность».

Пациентка сообщала, что за два месяца до возникновения пареза разошлась с любимым мужчиной, который был женат, и «нарушил обещание», оставшись в семье. В этот же период «максимально нагружала» себя работой с целью «отвлечься». Одновременно с этим участились внутрисемейные конфликты: «нервотрепка» из-за дочери пациентки и ее супруга, который пристрастился к психоактивным веществам.

Со слов пациентки: «Я знала, что все это для меня бесследно не пройдет, я ждала, что обязательно что-то плохое со мной случится, и во время очередного выезда почувствовала в машине, что с моим лицом что-то происходит. Когда поднялись к пациентке, посмотрелась в зеркало и увидела, что лицо справа опустилось».

Исходя из вышеописанного, причиной возникновения СНС следует рассматривать психотравмирующую обстановку.

Локализацией пареза, как было указано, стала правая сторона лица.

При функциональном нарушении тонуса мышц суточный ритм не определялся.

У пациентки не определялись расширение СНС и эпизоды улучшения состояния, а также миграция.

Длительность расстройства к моменту осмотра составляла 4 месяца – менее 5 лет.

Возраст начала настоящего ухудшения составлял 51 год. Одновременно с этим необходимо отметить подобные же проявления у пациентки и в значительно более раннем возрасте – школьный период (менее 18 лет) и в период 18-44 лет. В описываемом клиническом наблюдении так же выявлялась взаимосвязь раннего начала проявлений СНС и более тяжелых психических расстройств.

Психогенный парез был представлен расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F6), в частности: смешанные расстройства личности (F61.0; 1; 16,7).

Психогенный парез был клиническим проявлением истеро-конверсионного синдрома.

Гипотеза психогенного происхождения пареза подтверждалась следующими наблюдениями:

- Непосредственная временная связь психотравмирующих событий и развития пареза;
- Анамнестические сведения: пациентка сообщала, что подобные эпизоды функционального снижения тонуса мимической мускулатуры с дальнейшим полным восстановлением отмечались у нее трижды: два раза во время обучения в школе (на фоне ссор с одноклассниками) и один раз в возрасте 32-ух лет в связи с конфликтом с супругом («У нас с мужем всегда один конфликт – мне нужно внимание, а он его уделяет всем и всему, но только не мне. На этой почве мы с ним крупно поссорились, и после этого у меня случился парез»);
- Отсутствие нарушения электрической проводимости нервных волокон в области пареза по результатам электромиографии.

3.3.4. Психометрическая оценка пациентов с психогенным парезом

У пациентки с психогенным парезом по шкале Тейлора-Норакидзе выявлялся средний уровень тревоги с тенденцией к высокому и отсутствовала неискренность в ответах.

По шкале депрессии Цунга определялось нормальное состояние.

Одновременно с этим по индексу Уайтли выявлялась средняя степень ипохондрии.

Результаты опросника Леонгарда-Шмишека свидетельствовали об аффективной акцентуации характера.

3.3.5. Обсессивно-компульсивное расстройство

Вторым вариантом СНС с нарушением психомоторики были состояния (3; 50,0%) в рамках обсессивно-компульсивного расстройства, проявляющиеся преимущественно навязчивыми действиями аутоагрессивной направленности.

В одном наблюдении навязчивые действия носили отвлеченный характер.

Пациентка сообщала, что на фоне стрессовых ситуаций начинала незаметно для себя «прикусывать» слизистую щек. «Когда переживаю, то постоянно рефлексирую, а потом занимаюсь самоедством в прямом смысле».

В двух случаях аутоагрессивные навязчивые действия были осознанными.

У пациентки после удаления невриномы слухового нерва развился паралич мимической мускулатуры справа, одновременно с этим на стороне поражения пропала чувствительность. «Я просто хотела добиться чувствительности, специально ковыряла нос, чтобы хоть что-то почувствовать и успокоиться, что чувствительность возвращается».

Другая пациентка отмечала облегчение «душевной боли» при нанесении самоповреждений: «Когда становилось совсем плохо, то я наносила себе порезы, и, как будто через них выходила внутренняя боль».

У всех трех пациенток первичным проявлением СНС была аутоагрессия (данный вид СНС во всех трех случаях выявлялся у женщин).

На момент осмотра аутоагрессивное поведение оставалось актуальным во всех трех наблюдениях, однако стоит отметить, что у двух пациенток

отмечалось расширение зоны самоповреждений. Одновременно с этим у одной из пациенток наряду с расширенной аутоагрессией выявлялась симптоматика завершенного психогенного игниопатического синдрома (ощущение жжения, неприятный (соленый) привкус во рту, сухость ротовой полости).

Так, пациентка изначально «покусывала» слизистую нижней губы, а к моменту осмотра рубцы обнаруживались, как на слизистой нижней губы, так и на слизистой щек и верхней губы.

Со слов другой пациентки: «Я сначала иглой и пинцетом давила прыщи, потом начала резать кожу вокруг них, а после уже, не ориентируясь на высыпания, изрезала все лицо: щеки, лоб, подбородок».

В первом наблюдении у пациентки аутоагрессия началась «без видимых причин», что было расценено, как аутохтонное развитие, однако пациентка длительное время находилась в постоянной психотравмирующей обстановке.

«С супругом не очень взаимоотношения, кажется, что он кошек любит больше, чем меня. С дочерью через многое прошла, она на героине сидела два года, еле вытащили. С ней общение тоже плохое, но по ее инициативе».

Во втором наблюдении аутоагрессивное поведение развилось после проведения операции (удаление невриномы), что явилось причиной потери чувствительности на стороне оперативного вмешательства и дальнейшего самоповреждающего поведения.

В третьем наблюдении аутоагрессия развилась после психотравмы.

Так, пациентка сообщала, что на фоне неудачных попыток забеременеть (свыше 15) развилась «депрессия», отмечала «сильную тревогу», которая приводила к ощущению внутренней дрожи, а также

тремору рук. Последнее стало причиной публичных издевок и унижения пациентки со стороны коллеги, старшей медсестры, обвинявшей ее в алкоголизме.

Проекцией (локализацией) самоповреждающих действий были: в двух случаях лицо и в одном – ротовая полость.

Во всех трех наблюдениях отсутствовал суточный ритм, и длительность течения составила менее 5 лет. Также не определялись эпизоды улучшения состояния.

Возрастная периодизация начала СНС выглядела следующим образом (Таблица 3.19):

Таблица 3.19

Возраст начала обсессивно-компульсивного расстройства

Возраст начала	n	%
18-44	1	16,7
45-59	2	33,3

Аутоагрессивное поведение было представлено невротическими, связанными со стрессом, расстройствами (F4), в частности: преимущественно компульсивное действие (F42.1; 3; 50,0%).

При аутоагрессивном поведении восстановительные и пластические операции дают лишь временный положительный косметический и функциональный эффект, так как оперативное вмешательство не устраняет причину наличествующих самоповреждений. Что более важно – обсессивно-компульсивные расстройства, проявляющиеся преимущественно навязчивыми действиями самоповреждающего характера, могут представлять непосредственную угрозу жизни. Соответственно, пациентам в

первую очередь должна оказываться психиатрическая помощь (при отсутствии витальных показаний для хирургического вмешательства).

3.3.6. Психометрическая оценка пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством

С помощью шкалы Тейлора-Норакидзе в двух случаях выявлялся высокий уровень тревоги, а в одном – средний с тенденцией к низкому. По этой же шкале не регистрировалась неискренность в ответах.

По шкале депрессии Цунга в двух наблюдениях определялось нормальное состояние, а в одном – тяжелая депрессия, что соответствовало клиническим консультациям.

У пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством по индексу Уайтли в двух случаях регистрировалось отсутствие ипохондрии, а в одном – средняя степень.

Результаты опросника Леонгарда-Шмишека выявляли следующие варианты акцентуации характера: в двух наблюдениях – тревожность и в одном – демонстративность.

3.4. Психометрическая оценка непроцессуальных и процессуальных пациентов с соматически необъяснимыми симптомами

В ходе исследования все пациенты (130 человек) для сравнения показателей психометрии были разделены на две группы:

- 1) Непроцессуальные СНС (89; 68,5%);
- 2) Процессуальные СНС (41; 31,5%).

К процессуальным СНС были отнесены пациенты с расстройствами шизофренического спектра: параноидная шизофрения, паранойяльная шизофрения и шизотипическое расстройство.

В группу непроцессуальных СНС вошли пациенты с расстройствами личности и поведения, депрессивными и тревожными расстройствами, органическими психическими расстройствами.

По шкале Тейлора-Норакидзе видно, что среди непроцессуальных пациентов с СНС почти пятую часть занимают пациенты с низким уровнем тревоги. Также не выявляются состояния с очень высоким уровнем тревоги. Характерным является распределение основной части пациентов между двумя группами средних уровней тревоги с тенденцией к низкому и высокому, с небольшим перевесом в сторону последнего, и высоким уровнем тревоги (Таблица 3.20).

Таблица 3.20

Результаты психометрии у пациентов с непроцессуальными и процессуальными СНС с использованием самоопросника Тейлора-Норакидзе

Шкала Тейлора-Норакидзе		Непроцессуальные СНС		Процессуальные СНС	
		n	%	n	%
Низкий	0-5	17	19,1	-	-
Средний с тенденцией к низкому	5-15	22	24,7	13	31,7
Средний с тенденцией к высокому	15-25	31	34,8	14	34,1
Высокий	25-40	19	21,4	11	26,8
Очень высокий	40-50	-	-	3	7,4

Среди процессуальных пациентов с СНС отсутствовали больные с низким уровнем тревоги. Одновременно с этим определялись состояния с очень высокой степенью тревожности. Как у непроцессуальных, так и у процессуальных пациентов, основное количество случаев распределилось между средними уровнями тревоги с тенденцией к низкому и высокому и высоким уровнем тревоги.

По шкале неискренности при ответах значимых различий выявлено не было: непроцессуальные (15; 16,9%), процессуальные (5; 12,2%).

Шкала депрессии Цунга выявила приблизительно равномерное распределение среди непроцессуальных и процессуальных пациентов по наличию и степеням депрессивных проявлений. Нормальное состояние регистрировалось у непроцессуальных в 66 случаях (74,2%), у процессуальных – 25 (61,0%) (Таблица 3.21).

Таблица 3.21

Результаты психометрии у пациентов с непроцессуальными и процессуальными СНС с использованием самоопросника депрессии Цунга

Шкала депрессии		Непроцессуальные СНС		Процессуальные СНС	
		n	%	n	%
Нормальное состояние	20-49	66	74,2	25	61,0
Легкая депрессия	50-59	16	18,0	16	39,0
Умеренная депрессия	60-69	6	6,7	-	-
Тяжелая депрессия	≥ 70	1	1,1	-	-

В 23 случаях (25,8%) у непроцессуальных пациентов определялись депрессивные проявления различного уровня:

- Легкая депрессия (16; 18,0%);
- Умеренная депрессия (6; 6,7%);
- Тяжелая депрессия (1; 1,1%).

У непроцессуальных пациентов достоверно чаще выявлялось состояние без депрессии, чем легкая депрессия ($p < 0,0001$) и умеренная депрессия ($p = 0,0006$).

Для непроцессуальных пациентов с СНС характерно отсутствие клинически оформленных депрессивных расстройств. Выявляемая у них

психогенно обусловленная аффективная лабильность часто имитирует в психическом статусе депрессию.

Среди процессуальных пациентов с СНС в 16 случаях (39,0%) полученные результаты соответствовали легкой депрессии. Одновременно с этим не выявлялись состояния с умеренной и тяжелой депрессиями.

Более выраженные различия при психометрии между непроцессуальными и процессуальными пациентами выявил индекс Уайтли.

В первой группе с СНС в подавляющем большинстве случаев (62; 69,7%) определялось отсутствие ипохондрических проявлений, когда во второй группе этот же показатель равнялся 29,3% (12 случаев). Отсутствие/низкая степень ипохондрии достоверно чаще ($p=0,007$) выявлялась у непроцессуальных пациентов, чем у процессуальных.

В остальных 27 случаях (30,3%) у непроцессуальных пациентов определялись средняя степень ипохондрии (22; 24,7%) и высокая степень ипохондрии (5; 5,6%). У непроцессуальных пациентов достоверно чаще выявлялось отсутствие/низкая степень ипохондрии, чем средняя степень ипохондрии ($p=0,0002$) и высокая степень ипохондрии ($p=0,003$) (Таблица 3.22).

Таблица 3.22

Результаты психометрии у пациентов с непроцессуальными и процессуальными СНС с использованием самоопросника индекс Уайтли

Индекс Уайтли		Непроцессуальные СНС		Процессуальные СНС	
		n	%	n	%
Отсутствие/ низкая степень ипохондрии	0-4	62	69,7	12	29,3
Средняя степень ипохондрии	5-9	22	24,7	23	56,1
Высокая степень ипохондрии	>10	5	5,6	6	14,6

Среди процессуальных пациентов в 29 случаях (70,7%) определялись ипохондрические проявления: в 23 (56,1%) наблюдениях результаты соответствовали средней степени ипохондрии, а в 6 (14,6%) – высокой.

Средняя степень ипохондрии достоверно чаще ($p=0,03$) выявлялась у процессуальных пациентов, чем у непроцессуальных.

Ипохондрические расстройства при СНС указывают на высокую вероятность их шизофренического генеза.

При проведении психометрии с помощью опросника Леонгарда-Шмишека статистически значимых различий выявлено не было. Однако необходимо отметить, что у пациентов с СНС определяются те или иные акцентуации характера, которые могут становиться, как причиной развития СНС, так и оказывать влияние на их динамику (Таблица 3.23).

Таблица 3.23

Результаты психометрии у пациентов с непроцессуальными и процессуальными СНС с использованием самоопросника Леонгарда-Шмишека

Леонгард-Шмишек	Непроцессуальные СНС		Процессуальные СНС	
	n	%	n	%
Неуравновешенность	5	5,6	6	14,6
Эмотивность	14	15,7	8	19,5
Тревожность	16	18,0	17	41,5
Аффективность	11	12,4	5	12,2
Гипертимность	12	13,5	3	7,3
Дистимичность	1	1,1	-	-
Демонстративность	16	18,0	-	-
Циклотимичность	6	6,7	-	-
Педантичность	7	7,9	2	4,9
Застывание	1	1,1	-	-

Одновременно с этим стоит отметить, что среди процессуальных пациентов с СНС не регистрировались такие варианты акцентуации, как: дистимичность, демонстративность, циклотимичность, застревание.

3.5. Терапевтическая динамика соматически необъяснимых симптомов

Клинико-динамический анализ психического состояния был проведен у 102 пациентов (78,5%), согласившихся получать психиатрическую помощь в виде психофармакотерапии и психотерапии.

Тяжесть состояния, наличие или же отсутствие улучшения и эффективность проводимой терапии оценивалась с помощью шкалы CGI.

По шкале CGI-S наиболее характерным для СНС являлась степень умеренно выраженных расстройств (43; 42,1%), поровну определялись легкое (25; 24,5%) и выраженное расстройств (25; 24,5%). В 7 наблюдениях (6,9%) состояние соответствовало тяжелому расстройству, а в оставшихся двух (2,0%) – очень тяжелому (Таблица 3.24).

Таблица 3.24

Результаты психометрии у пациентов с СНС с использованием шкалы CGI-S

CGI-S	n	%
Легкое расстройство	25	24,5
Умеренно выраженное расстройство	43	42,1
Выраженное расстройство	25	24,5
Тяжелое расстройство	7	6,9
Очень тяжелое расстройство	2	2,0

Необходимо отметить, что для расстройств ощущений (психогенная и эндогенная игниопатии, психогенная алгия и сенесталгия, сенестопатия)

более характерным являются варианты легких и умеренно выраженных расстройств, за редким исключением состояний выраженных расстройств (пациенты с расстройствами шизофренического спектра и эндогенными депрессиями), тогда как для расстройств восприятия (галлюцинаторные расстройства, фантомный прикус, дисморфомания) и расстройств психомоторики (обсессивно-компульсивное расстройство) – выраженные и тяжелые состояния.

Терапевтическая динамика оценивалась с помощью шкалы CGI-I. На основе полученных результатов все клинические случаи были разделены на 3 группы с одинаковым временным интервалом (6 месяцев):

- 1) Устойчивая ремиссия/интермиссия (полное исчезновение СНС; ремиттеры);
- 2) Частичное улучшение состояния/симптоматическая ремиссия (резидуальные симптомы СНС; частичные респондеры);
- 3) Минимальная динамика (минимальные/отсутствие улучшения; нон-респондеры).

Первую группу составили 33 пациента (32,4%), у которых отмечалось полное купирование СНС и существенное или же полное редуцирование психопатологических симптомов (по шкале CGI-I – очень сильное улучшение).

Ко второй группе, частичные респондеры (по шкале CGI-I – сильно улучшилось), были отнесены 39 клинических наблюдений (38,2%), в которой у пациентов отмечалось значительное улучшение состояния и ослабление симптоматики СНС, однако без полного исчезновения СНС.

Оставшиеся 30 случаев (29,4%) составили третью группу – нон-респондеры (по шкале CGI-I – минимальное улучшение (29; 28,4%) и без изменений (1; 1%)), у которых отмечались лишь незначительные улучшения

состояния и проявлений СНС без значимого повышения качества жизни (Таблица 3.25).

Таблица 3.25

Результаты психометрии у пациентов с СНС с использованием шкалы CGI-I

CGI-I	n	%
Очень сильно улучшилось	33	32,4
Сильно улучшилось	39	38,2
Минимальное улучшение	29	28,4
Без изменений	1	1,0

Лучше всего терапии поддавались состояния с психогенной игниопатией и психогенной алгией, что в том числе было обусловлено изначально более мягкими вариантами психических расстройств (Таблица 3.26).

Таблица 3.26

Результаты психометрии у пациентов с психогенной игниопатией и психогенной алгией с использованием шкалы CGI-I

CGI-I \ СНС	Психогенная игниопатия		Психогенная алгия	
	n	%	n	%
Очень сильно улучшилось	18	17,6	9	8,8
Сильно улучшилось	22	21,6	4	3,9
Минимальное улучшение	5	4,9	4	3,9
Без изменений	1	1,0	-	-

Также относительно хорошего эффекта удалось добиться при терапии обсессивно-компульсивных расстройств. Во время проведения лечения

субпсихотических состояний (эндогенная игниопатия, сенесталгия, сенестопатия) приблизительно поровну распределились результаты между «сильно улучшилось» и «минимальное улучшение» (Таблица 3.27).

Таблица 3.27

Результаты психометрии у пациентов с эндогенной игниопатией, сенесталгией, сенестопатией и обсессивно-компульсивным расстройством с использованием шкалы CGI-I

CGI-I \ СНС	Эндогенная игниопатия		Сенесталгия		Сенестопатия		Обсессивно-компульсивное расстройство	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Очень сильно улучшилось	1	1,0	-	-	3	2,9	1	1,0
Сильно улучшилось	1	1,0	2	2,0	5	4,9	2	2,0
Минимальное улучшение	4	3,9	-	-	8	7,8	-	-
Без изменений	-	-	-	-	-	-	-	-

Фантомный прикус, дисморфомания и галлюцинаторные расстройства определялись, как более тяжелые психические расстройства с менее благоприятным прогнозом. Их лечение отмечалось большей резистентностью и меньшим терапевтическим эффектом, за исключением отдельных клинических наблюдений (Таблица 3.28).

Результаты психометрии у пациентов с галлюцинаторными
расстройствами, фантомным прикусом и дисморфией с
использованием шкалы CGI-I

CGI-I \ СНС	Галлюцинаторные расстройства		Фантомный прикус		Дисморфomanия	
	n	%	n	%	n	%
Очень сильно улучшилось	1	1,0	-	-	-	-
Сильно улучшилось	1	1,0	-	-	2	2,0
Минимальное улучшение	5	4,9	2	2,0	1	1,0
Без изменений	-	-	-	-	-	-

При проведении лечения применялась психофармакотерапия, выбор которой определялся клинической структурой синдрома, его нозологической принадлежностью и коморбидными состояниями. Применялись следующие группы препаратов и их возможные сочетания:

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

Для лечения психогенной игниопатии наиболее часто (16 случаев) назначался типичный нейролептик алимемазин в дозировке 20-30 мг/сут. В 14 наблюдениях он использовался в качестве монотерапии, в одном случае в сочетании с противосудорожным карбамазепином (200 мг/сут) и в другом – с антидепрессантом группы норадренергических и специфических серотонинергических антидепрессантов (НаССА) миансерин (30 мг/сут).

Вторым по частоте назначаемости препаратом был атипичный нейролептик сульпирид в суточной дозировке 150-200 мг. Всего он использовался в 11 клинических случаях: 8 раз в качестве монотерапии, а

также в сочетании с противосудорожным карбамазепином (1; 200 мг/сут), антидепрессантом группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) эсциталопрамом (1; 10 мг/сут), анксиолитиком тофизопамом (1; 100 мг/сут).

Также активно (10 наблюдений) использовался и типичный нейролептик тиоридазин (30-50 мг/сут), как в качестве монотерапии (6 случаев), так и в сочетании с другими препаратами (4 случая):

- 1) Трициклический антидепрессант кломипрамин (1; 75 мг/сут);
- 2) Антидепрессант группы СИОЗС сертралин (2; 100 мг/сут);
- 3) Анксиолитик тофизопам (1; 150 мг/сут).

В четырех случаях использовался типичный нейролептик перфеназин (8 мг/сут). В качестве монотерапии в двух наблюдениях и в сочетании с антидепрессантом группы специфических серотонинергических антидепрессантов (ССА) тразодоном (1; 150 мг/сут) и анксиолитиком гидроксизином (1; 50 мг/сут).

В трех наблюдениях в качестве монотерапии использовался анксиолитик тофизопам в дозировке 150 мг/сут. В оставшихся двух клинических случаях в одном назначался типичный нейролептик перициазин (3 мг/сут), а в другом – антидепрессант группы СИОЗС флувоксамин (100 мг/сут).

Из 46 пациентов с психогенной игниопатией 37 согласились на сеансы психотерапии (рациональная), целью которых было преодоление различных переживаний пациентов (в том числе и психотравмирующих событий, ставших триггерным фактором в развитии СНС).

Наличие семьи не рассматривалось, как однозначный положительный фактор, так как зачастую именно разлад в межличностных отношениях внутри семьи являлся причиной возникновения СНС.

При проведении терапии психогенной алгии так же наиболее часто (5 случаев) использовался типичный нейролептик алимемазин в суточной дозировке 25-30 мг (в качестве монотерапии).

Типичный нейролептик тиоридазин использовался в 4 наблюдениях (30-50 мг/сут): в трех – в качестве монотерапии, в одном – в сочетании с анксиолитиком тофизопамом (150 мг/сут).

В трех наблюдениях был использован атипичный нейролептик сульпирид в суточной дозировке 150-200 мг: в двух случаях, как монотерапия, и в одном – в сочетании с антидепрессантом группы НаССА миансерином (30 мг/сут).

В остальных наблюдениях использовалась следующая тактика:

- 1) Типичный нейролептик хлорпротиксен 75 мг/сут;
- 2) Анксиолитик тофизопам 150 мг/сут;
- 3) Типичный нейролептик перициазин 6 мг/сут;
- 4) Типичный нейролептик перфеназин (8 мг/сут) в сочетании с антидепрессантом группы СИОЗС пароксетином (20 мг/сут);
- 5) Атипичный нейролептик кветиапин (25 мг/сут) в сочетании с противосудорожным препаратом карбамазепином (300 мг/сут).

На проведение сеансов психотерапии согласилось 12 пациентов. Методы и цели были теми же самыми, что и при проведении психотерапии психогенной игниопатии.

При определении тактики лечения психогенных вариантов СНС (психогенная игниопатия, психогенная алгия) чаще всего назначались малые нейролептики, с помощью которых удавалось добиться существенного улучшения психического состояния пациентов и полного/частичного купирования проявлений СНС.

Наиболее предпочтительными оказались следующие лекарственные средства:

- 1) Алимемазин; использовался в 21 наблюдении;
- 2) Сульпирид; использовался в 14 наблюдениях;
- 3) Тиоридазин; использовался в 14 наблюдениях.

Тактика лечения предсенестопатических СНС (эндогенная игниопатия, сенесталгия) и сенестопатий несколько отличалась от психогенных вариантов СНС: не были задействованы нейролептики алимемазин и тиоридазин.

Наиболее предпочтительными оказались атипичные нейролептики, которые использовались, как в качестве монотерапии, так и в сочетании с препаратами других групп.

В 10 случаях назначался сульпирид в суточной дозировке 200-300 мг; в 7 наблюдениях, как монотерапия, а в остальных трех – в сочетании со следующими препаратами:

- 1) Антидепрессант группы СИОЗС сертралин (100 мг/сут);
- 2) Антидепрессант группы СИОЗС флувоксамин (50 мг/сут);
- 3) Антидепрессант группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) венлафаксин (75 мг/сут).

Вторым по частоте назначаемости (8 случаев) был рисперидон в суточной дозировке 2-4 мг, который использовался в качестве монотерапии. В трех других наблюдениях назначался типичный нейролептик перфеназин в дозировке 8 мг/сут (монотерапия).

В оставшихся трех случаях тактика лечения выглядела следующим образом:

- 1) Атипичный нейролептик оланзапин 10 мг/сут;

2) Атипичный нейролептик арипипразол 10 мг/сут в сочетании с антидепрессантом группы СИОЗС венлафаксином 150 мг/сут и антихолинергическим бипериденом 2 мг/сут;

3) Атипичный нейролептик кветиапин 150 мг/сут в сочетании с антидепрессантом группы СИОЗС милнаципраном 50 мг/сут.

Сеансы психотерапии посещали 10 пациентов, однако существенного прогресса данным методом лечения добиться не удалось.

Для лечения галлюцинаторных расстройств использовался стандартный подход в выборе препаратов. В трех случаях назначался галоперидол 4,5 мг/сут в сочетании с антихолинергическим бипериденом 4 мг/сут. В двух случаях использовался атипичный нейролептик рисперидон, как монотерапия, в суточной дозировке 4 мг. И оставшимся двум пациентам назначался атипичный нейролептик сульпирид в суточной дозировке 300 мг, как монотерапия.

Психотерапия применялась у двух пациентов с истинным галлюцинозом, которая была направлена на преодоление межличностных конфликтов внутри семьи.

У пациентов с дисморфоманией препаратом выбора стал рисперидон, который назначался во всех трех наблюдениях в суточной дозировке 3-4 мг в сочетании с антидепрессантами класса:

- 1) СИОЗС флувоксамин 50 мг/сут;
- 2) СИОЗС сертралин 50 мг/сут;
- 3) Трициклический антидепрессант кломипрамин 50 мг/сут.

При терапии фантомного прикуса в одном случае назначалось сочетание атипичного нейролептика рисперидона 2 мг/сут и антихолинергического биперидена 2 мг/сут, а во втором – типичный нейролептик тиоридазин 100 мг/сут и анксиолитик тофизопам 150 мг/сут.

У пациентов с дисморфоманией и фантомным прикусом психотерапия не применялась.

Для лечения обсессивно-компульсивных расстройств назначались следующие терапевтические схемы:

- 1) Атипичный нейролептик кветиапин 75 мг/сут в сочетании с трициклическим антидепрессантом кломипрамином 100 мг/сут;
- 2) Типичный нейролептик хлорпротиксен 75 мг/сут в сочетании с антидепрессантом группы СИОЗС пароксетином 20 мг/сут;
- 3) Мелатонинергический антидепрессант агомелатин 25 мг/сут в сочетании с анксиолитиком тофизопамом 150 мг/сут.

Во всех трех наблюдениях успешно применялась психотерапия для улучшения семейного микроклимата и нормализации межличностных взаимоотношений.

При проведении терапии СНС наиболее часто назначаемым препаратом оказался атипичный нейролептик сульпирид. Также активно использовались алимемазин, тиоридазин и рисперидон (Таблица 3.29).

Таблица 3.29

Используемые лекарственные средства группы – нейролептики

Нейролептики	n
Сульпирид	26
Алимемазин	21
Тиоридазин	15
Рисперидон	14
Перфеназин	8
Галоперидол	3
Кветиапин	3
Хлорпротиксен	2
Перициазин	2
Арипипразол	1
Оланзапин	1

При назначении антидепрессантов не определялось итоговой существенной разницы по частоте назначения. Можно лишь отметить, что группа СИОЗС оказывалась предпочтительнее в силу двойного, антидепрессивного и противотревожного, эффекта (Таблица 3.30).

Таблица 3.30

Используемые лекарственные средства группы – антидепрессанты

Антидепрессанты	n
Сертралин	4
Флувоксамин	3
Кломипрамин	3
Миансерин	2
Пароксетин	2
Венлафаксин	2
Тразодон	1
Эсциталопрам	1
Милнаципран	1
Агомелатин	1

Из противотревожных препаратов выбор был сделан в пользу тофизопама (Таблица 3.31).

Таблица 3.31

Используемые лекарственные средства группы – анксиолитики

Анксиолитики	n
Тофизопам	9
Гидроксизин	1

Из группы противосудорожных препаратов использовался карбамазепин (Таблица 3.32).

Таблица 3.32

Используемые лекарственные средства группы – противосудорожные

Противосудорожные	n
Карбамазепин	3

В целом можно отметить, что СНС поддаются эффективной терапии, и удается добиться существенных результатов. По шкале CGI-I полное или же значимое улучшение состояния отмечалось у 72 пациентов, что составило 70,6% от всех пациентов, согласившихся на получение психиатрической помощи.

В проводимом исследовании у пациентов практически не отмечались побочные эффекты, что было связано с использованием малых доз при назначении лекарств. Регистрируемые нежелательные симптомы в основном сводились к жалобам на непродолжительную вялость, сонливость, которые «быстро проходили», эпизодически возникающую головную боль. Одновременно с этим необходимо отметить, что побочные эффекты носили преходящий характер и значимым образом не влияли на качество жизни пациентов.

Индекс эффективности оценивался с учетом терапевтической эффективности и наличием/отсутствием побочных эффектов (Таблица 3.33).

Результаты психометрии у пациентов с СНС с использованием шкалы
CGI-E

Индекс эффективности	n	%
1	43	42,2
2	25	24,5
5	9	8,8
6	10	9,8
9	10	9,8
10	4	3,9
13	1	1,0

Примечание: 1 – значимый эффект, побочные эффекты отсутствуют; 2 – значимый эффект, побочные эффекты не оказывают существенного влияния; 5 – умеренный эффект, побочные эффекты отсутствуют; 6 – умеренный эффект, побочные эффекты не оказывают существенного влияния; 9 – минимальный эффект, побочные эффекты отсутствуют; 10 – минимальный эффект, побочные эффекты не оказывают существенного влияния; 13 – нет эффекта, побочные эффекты отсутствуют.

В рамках проводимого лечения пациентов с СНС использовался метод рациональной психотерапии. Средняя продолжительность психотерапевтических сеансов составляла 45-55 минут, в ходе которых в первую очередь обсуждались беспокоящие их СНС.

Пациентам в доходчивой и понятной для них форме разъяснялись причины направления к врачу-психиатру. Объяснялись возможные происхождения различных неприятных ощущений в теле: органическое (соматическое) и психогенное (соматоформное).

В ходе обсуждений СНС пациентам объяснялся их функциональный, преходящий, временный характер, а также отсутствие взаимосвязи СНС с

органической патологией. В качестве аргументов приводились консультативные заключения стоматологов, хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов, неврологов, эндокринологов, сообщающие об отсутствии органической патологии, которая могла бы быть причиной возникновения и развития СНС, а также результаты инструментальных и лабораторных исследований, не выявляющие соматические заболевания, связанные с СНС.

Во время психотерапевтических сеансов корректировались бытовые, а также ятрогенно спровоцированные, представления и суждения об имеющемся расстройстве – СНС. Рационализировалось отношение к соматически необъяснимым симптомам. В дальнейшем разбирались обстоятельства, при которых возникали СНС, а также интенсивность симптомов в зависимости от актуальности психотравмирующих событий и обстановки.

На последующих сеансах обсуждались непосредственно сложные жизненные ситуации, из которых предлагалось найти выход рациональным путем.

Пациенты отмечали эффективность от проводимых психотерапевтических сеансов, которая заключалась в изменении отношения к имеющимся СНС («проще отношусь, уже не переживаю из-за неприятных ощущений»), нормализации внутрисемейного микроклимата, взаимоотношений с коллегами на работе, что положительно влияло на качество жизни пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проводимое исследование посвящено соматически необъяснимым симптомам, встречающимся в ежедневной практике врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов.

Описываемая патология является крайне гетерогенной и полиморфной клинической группой, представленной большим количеством разнообразных соматоформных жалоб, реализующихся в челюстно-лицевой области (голова, лицо, шея, верхняя и нижняя челюсти, ротовая полость).

Научная работа выполнена в клинико-описательном, феноменологическом стиле. В исследование включались все пациенты, которых в связи с СНС направляли к врачу-психиатру. Каждый симптом детально анализировался и оценивался по целому ряду критериев: первичное проявление и жалобы на момент осмотра, возможность трансформации изначальных симптомов, локализация, наличие миграции ощущений и/или их расширение, а также эпизодов улучшения. Одновременно с этим учитывались следующие параметры: половая принадлежность пациентов и возраст возникновения СНС, триггер, суточный ритм, длительность течения неприятных ощущений. Опираясь на полученные результаты, СНС были распределены в три группы и составлена их итоговая классификация (Таблица 1).

Классификация СНС

I. Расстройства ощущений	II. Расстройства восприятия и представлений	III. Расстройства влечений и психомоторики
СНС	СНС	СНС
Игниопатия	Галлюцинаторные расстройства	Расстройства влечений
<i>психогенная</i>	<i>галлюциноз</i>	<i>секциомания</i>
<i>эндогенная</i>	<i>галлюцинаторно-бредовой синдром</i>	Расстройства психомоторики
Алгия	Патология представлений	<i>психогенный парез</i>
<i>психогенная</i>	<i>дисморфомания</i>	<i>обсессивно-компульсивное расстройство</i>
<i>сенесталгия</i>	<i>фантомный прикус</i>	
Сенестопатия		

Первую группу (расстройства ощущений) составили игниопатические, алгические и сенестопатические расстройства.

Игниопатия (*от лат. «ignis» – огонь и греч. «πάθος» – страдание, болезнь*) проявляется триадой симптомов, а именно – ощущение жжения, неприятный привкус во рту, сухость ротовой полости.

Алгические расстройства характеризовались меньшим разнообразием симптомов в своей структуре, и доминирующим в клинике проявлением было ощущение боли.

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

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

Психогенная игниопатия и психогенная алгия характеризовались наличием миграции ощущений, эпизодов улучшений, а также взаимосвязью с актуальностью психотравмирующих событий. При указанных вариантах расстройств не отмечались расширение симптомов, их утяжеление и видоизменение. Пациенты не испытывали затруднений при описании своих жалоб, а также, несмотря на миграцию ощущений, всегда могли указать их четкую локализацию.

При эндогенной игниопатии и сенесталгии вместо миграции ощущений отмечалась тенденция к их расширению, утяжелению и видоизменению симптомов. Отсутствовали эпизоды улучшения, происходил отрыв интенсивности проявлений от психотравмы. При описании своих жалоб пациенты прибегали к обороту «как будто» и не могли точно определить локализацию испытываемых неприятных ощущений.

Ключевым отличием психогенных игниопатии и алгии от эндогенной игниопатии и сенесталгии была сопутствующая негативная симптоматика у последних в виде различных нарушений мышления по шизофреническому типу, эмоционально-волевого снижения и нарастания аутистических черт личности.

Психогенная игниопатия и психогенная алгия по основным клиническим проявлениям, нозологической принадлежности и возможному прогнозу рассматривались, как родственные варианты СНС, как и эндогенная игниопатия с сенесталгией. Последние, по своей сути, определялись, как предсенестопатические расстройства.

Учитывая анамнестические сведения, указывающие на четкую взаимосвязь развития клинических проявлений с психотравмирующей

ситуацией, психогенную игниопатию следует рассматривать, как специфическую форму психогенной реакции на психотравму.

Еще одним вариантом СНС в группе с преобладанием расстройств ощущений является сенестопатия, которая проявлялась у пациентов полиморфными, вычурными, субъективно тягостными, мучительными жалобами, при описании которых пациенты прибегали к речевому обороту «как будто».

Сенестопатия, как и эндогенная игниопатия, и сенесталгия, характеризовалась тенденцией к расширению, отрывом от актуальной психотравмирующей ситуации, отсутствием миграции симптомов, эпизодов улучшений и четкой локализации СНС. Одновременно с этим у пациентов с сенестопатией определялись негативные симптомы шизофрении – нарушения мышления, эмоционально-волевое снижение, специфические изменения личности.

Опираясь на анамнестические сведения пациентов с сенестопатией, удавалось проследить возникновение и траекторию развития СНС. Начинаясь эндогенной игниопатией и сенесталгией, к моменту осмотра СНС усложнялись, трансформировались и уже квалифицировались, как сенестопатические расстройства. Данное наблюдение подтверждает гипотезу предсенестопатической природы эндогенной игниопатии и сенесталии.

По сути, при описании группы с преобладанием 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.

Вторую группу (расстройства восприятия и представлений) составили галлюцинаторные расстройства, дисморфомания и фантомный прикус.

Выявленные существенные различия в клинических проявлениях галлюцинаторных расстройств, обусловили их разделение на две группы:

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

Основным содержанием клинических случаев с галлюцинаторно-бредовым синдромом был дерматозойный бред, проявляющийся жалобами на наличие «паразитов», «существ» в челюстно-лицевой области и отсутствием критического отношения к собственному состоянию.

Галлюцинаторные расстройства характеризовались расширением зоны патологической перцепции и отсутствием миграции ощущений и эпизодов ослабления симптомов (носили стойкий характер).

У всех этих пациентов выявлялись соответствующие нарушения мышления и изменения личности: по органическому типу – вязкость и обстоятельность мышления, мнестико-интеллектуальное снижение, эмоциональная слабость. А также по шизофреническому типу – мышление характеризовалось резонерством, паралогичностью, парадоксальностью, символизмом. Выявлялись эмоционально-волевое оскудение, нарастание аутистичности, сужение круга общения и интересов.

Анализируя варианты первичного проявления галлюцинаторных расстройств (психогенная и эндогенная игниопатия, психогенная алгия и

сенесталгия, сенестопатия), выявлялась определенная закономерность траектории развития СНС:

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 (чаще формой, цветом и размером зубов, асимметрией лица). 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.

Дисморфомания отличалась клиническим однообразием в плане проявлений СНС – доминирующей жалобой на момент осмотра являлось недовольство своей внешностью, которое со временем усиливалось и расширялось – неудовлетворенность касалась не только лица, но и других частей тела. Необходимо отметить «стоматологическую» специфику: помимо классических жалоб на «неправильную» форму лица и т.д., пациенты жаловались на «плохую» форму и «некрасивое» расположение зубов, их «неполноценно белый» и «блеклый» цвет.

В отличие от игниопатии, алгии и галлюцинаторных расстройств, протекающих преимущественно моносимптомом без связи с аффективными нарушениями, дисморфомания входила в структуру аффективных (депрессивных) расстройств.

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

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

В ходе структурного анализа синдрома фантомного прикуса были выделены его три клинических варианта:

- 1) Изолированный фантомный прикус – доминирующим (по сути, единственным симптомом) является 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.

Таким образом, 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 был проявлением расстройств шизофренического спектра, и при указанном варианте СНС у пациентов выявлялись соответствующие расстройства мышления.

Третью группу (расстройства влечений и психомоторики) 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.

При описываемой патологии ключевым фактором является не результат оперативного вмешательства, а сама реализация потребности в операции, о которой пациенты рассказывали с плохо скрываемым удовольствием («Ой, доктор, что вы! Мне предстоит еще минимум десять операций! Сейчас расскажу о каждой из них!»).

Когда пациенты обнаруживают патологическую страсть к оперативным вмешательствам, по сути, речь идет об особой форме аддиктивного поведения. Описываемое влечение, в том числе может определяться удовольствием, получаемым от общей анестезии (наркоза).

Психогенный парез был определен, как вариант расстройства психомоторики в связи с развитием функционального снижения тонуса мимической мускулатуры на фоне психотравмирующего события. В описываемом клиническом случае речь идет о психогенных истеро-конверсионных нарушениях.

Заключительным вариантом СНС было обсессивно-компульсивное расстройство, преимущественно проявляющееся аутоагрессивным поведением.

Самоповреждение носило, как отвлеченный, так и осознанный характер. Одновременно с этим определялись варианты целенаправленной и нецеленаправленной аутоагрессии.

С течением времени самоповреждение начинало носить более тяжелый и brutальный характер, порой представляющее непосредственную угрозу жизни пациента.

Соматически необъяснимые симптомы могут встречаться, как в изолированной, так и сочетанной форме. К примеру, у пациентов могли одновременно регистрироваться психогенная игниопатия и психогенная алгия. Также встречались случаи сочетания фантомного прикуса, дисморфомании, сенестопатии и сенесталгии.

СНС чаще возникали у женщин климактерического возраста, что указывает на существенную роль инволюционных факторов, участвующих в развитии соматоформных расстройств, локализующихся в челюстно-лицевой области.

Раннее начало СНС, как правило, было ассоциировано с более тяжелой психической патологией – расстройства шизофренического спектра и расстройства личности. Молодой возраст у пациентов с СНС может сужать диагностический поиск в сторону вышеуказанных нозологий.

С помощью самоопросника Леонгарда-Шмишека производилась оценка значимости личностных акцентуаций в формировании соматически необъяснимых симптомов. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между личностными радикалами и СНС, была выявлена характерологическая predisпозиция, влияющая на возникновение и динамику СНС, что также подтверждалось клиническими консультациями (Таблица 2).

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

Леонгард-Шмишек	n	%
Тревожность	33	25,4
Эмотивность	22	16,9
Аффективность	16	12,3
Демонстративность	16	12,3
Гипертимность	15	11,5
Неуравновешенность	11	8,5
Педантичность	9	6,9
Циклотимичность	6	4,6
Дистимичность	1	0,8
Застревание	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).

При проведении терапии СНС использовались стандартные методы психофармакотерапии, выбор которой происходил с учетом специфики СНС и ее нозологической принадлежности. Применялись следующие группы препаратов и их возможные сочетания:

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

Оценивая терапевтическую динамику СНС, пациенты были разделены на ремиттеров, частичных респондеров и нон-респондеров.

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

Для лечения психогенной игниопатии наиболее эффективными оказались следующие препараты (указаны в порядке убывания по частоте назначения): типичный нейролептик алимемазин, атипичный нейролептик сульпирид, типичный нейролептик тиоридазин.

При проведении терапии психогенной алгии так же наиболее эффективным и часто назначаемым препаратом 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, а также антидепрессанта и анксиолитика.

Фантомный прикус, дисморфомания и галлюцинаторные расстройства определялись, как более тяжелые психические расстройства с менее

благоприятным прогнозом. Эти расстройства отличались большей терапевтической резистентностью.

Лечение галлюцинаторных расстройств проводилось галоперидолом в сочетании с антихолинергическим бипериденом, 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.

Проводимое лечение пациентов с СНС включало в себя применение рациональной психотерапии, направленной на изменение отношения к имеющимся СНС, коррекции внутрисемейных конфликтов, нормализации взаимоотношений в рабочем коллективе.

Соматически необъяснимые симптомы в подавляющем большинстве случаев поддаются эффективному лечению – удается либо полностью или существенным образом купировать проявления СНС, что значительно повышает качество жизни пациентов.

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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вознесенская, Т.Г. Хроническая боль и депрессия / Т.Г. Вознесенская, А.М. Вейн // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 1. – С. 4-7.
2. Данилов, А.Б. Атипичная лицевая боль / А.Б. Данилов // Материалы научно-практической конференции "Нейростоматология: вчера, сегодня, завтра". – 2012. – С. 114-115.
3. Карлов, В.А. Лицевая боль / В.А. Карлов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 5. – С. 90-100.
4. 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>.
5. 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>.
6. Корешкина, М.И. Почему трудно поставить диагноз "синдром горящего рта"? / М.И. Корешкина // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2018. – Т. 2, № 9. – С. 10-13.
7. Краснов, В.Н. Психосоматика в контексте развития интегративной медицины / В.Н. Краснов, Н.Р. Палеев // Альманах клинической медицины. – 2014. – № 35. – С. 84-88.
8. Максимова, М.Ю. Атипичная одонталгия / М.Ю. Максимова, Н.А. Синева, Н.П. Водопьянов, Е.Т. Суанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 1. – С. 71-73.

9. Максимова, М.Ю. Нейрофизиологическая оценка персистирующей идиопатической лицевой боли / М.Ю. Максимова, Е.Т. Суанова, П.А. Федин, Н.А. Шувахина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 8. – С. 66-71. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro201811808166>.
10. Матвеев, В.Ф. Клинические особенности психогений в стоматологической практике / В.Ф. Матвеев, Б.А. Климов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 5. – С. 84-86.
11. Медведев, В.Э. Персистирующие идиопатические лицевые боли с позиции психосоматической медицины / В.Э. Медведев, Ю.С. Фофанова, В.И. Фролова // Архивъ внутренней медицины. – 2015. – № 4. – С. 10-16. doi: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2015-0-4-10-16>.
12. Палеев, Н.Р. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине / Н.Р. Палеев, В.Н. Краснов // Клиническая медицина. – 2009. – Т. 87, № 12. – С. 4-7.
13. Пархоменко, Е.В. Синдром горящего рта. Трудности диагностического поиска / Е.В. Пархоменко, К.В. Лунев, Е.А. Сорокина // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2020. – Т. 4, № 9. – С. 560-565. doi: [0.32364/2587-6821-2020-4-9-560-565](https://doi.org/10.32364/2587-6821-2020-4-9-560-565).
14. Рединова, Т.Л. Глоссалгия или синдром жжения полости рта: равнозначность или различие / Т.Л. Рединова, И.С. Рединов, В.А. Вальков, О.А. Злобина, С.В. Кожевников // Стоматология. – 2014. – Т. 93, № 4. – С. 15-19.
15. Ромасенко, Л.В. Истерические и коморбидные психические расстройства в амбулаторной неврологической практике / Л.В. Ромасенко, В.В. Вандыш-Бубко, С.С. Никитин // Нервно-мышечные болезни. – 2019. – Т. 9, № 2. – С. 37-42. - doi: [10.17650/2222-8721-2019-9-2-37-42](https://doi.org/10.17650/2222-8721-2019-9-2-37-42).
16. Ромасенко, Л.В. Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицинской практике / Л.В. Ромасенко, В.М. Махов,

Н.В. Чичкова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – Т. 11, № 3. – С. 69-73. - doi: 0.14412/2074-2711-2019-3-69-73.

17. Ромасенко, Л.В. Клинико-динамическая характеристика соматизированных депрессивных расстройств у больных терапевтического стационара / Л.В. Ромасенко, Л. Ренемане // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 5. - С. 15-19.

18. Савков, В.С. Диагностика функционального (психогенного) пареза и слабости / В.С. Савков, Г.В. Князева // Acta Biomedica Scientifica. – 2018. – Т. 3, № 1. – С. 73-81. doi: <https://doi.org/10.29413/ABS.2018-3.1.11>.

19. Саперкин, Н.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика синдрома "пылающего рта" на региональном уровне / Н.В. Саперкин, Н.В. Тиунова, А.В. Сергеева // Медицинский альманах. – 2017. – Т. 49, № 4. – С. 142-144.

20. Смулевич, А.Б. Глоссалгия как синдром психодерматологической патологии / А.Б. Смулевич, А.Н. Львов, П.Г. Юзбашян, А.В. Терещенко, А.В. Миченко, С.И. Бобко, Е.И. Воронова, Д.В. Романов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 7. – С. 7-13. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro20211210717>.

21. Терещенко, А.В. Глоссалгия/глоссодиния как междисциплинарная проблема / А.В. Терещенко, А.Я. Джапуева // Клиническая дерматология и венерология. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 19-25. doi: <https://doi.org/10.17116/klinderma20212001119>.

22. Фокина, Н.М. Синдром «пылающего рта» / Н.М. Фокина, О.А. Шавловская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 1. – С. 76-79. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro201911901176>.

23. Фофанова, Ю.С. Психопатологические характеристики пациентов с атипичной одонталгией / Ю.С. Фофанова, В.Э. Медведев, А.Ю. Дробышев, В.И. Фролова, О.О. Просычева // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – Т. 6, № S1. – С. 75.

24. Фофанова, Ю.С. Патологические телесные сенсации в челюстно-лицевой области у пациентов стоматологов и челюстно-лицевых хирургов / Ю.С. Фофанова, В.И. Фролова, В.Э. Медведев, А.Ю. Дробышев // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – Т. 6, № S1. – С. 76.
25. Юзбашян, П.Г. Болевые синдромы и инсомния: роль ассоциации с коморбидными психическими расстройствами (на модели глоссалгии) / П.Г. Юзбашян, А.Н. Львов, А.В. Терещенко, Б.А. Волель, Р.Р. Сатрудинова, Д.В. Романов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 10. – С. 13-18. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro202112110113>.
26. Aaron, L.A. A Review of the Evidence for Overlap among Unexplained Clinical Conditions / L.A. Aaron, D. Buchwald // Annals of Internal Medicine. – 2001. – Vol. 134, N 9. – P. 868-881. doi: [10.7326/0003-4819-134-9-part_2-200105011-00011](https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-9-part_2-200105011-00011).
27. Afari, N. Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis / N. Afari, S.M. Ahumada, L.J. Wright [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 2014. – Vol. 76, N 1. – P. 2-11. doi: [10.1097/PSY.000000000000010](https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000010).
28. Aggarwal, V.R. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? / V.R. Aggarwal, J. McBeth, J.M. Zakrzewska [et al.] // International Journal of Epidemiology. – 2006. – Vol. 35, N 2. – P. 468-476. doi: [10.1093/ije/dyi265](https://doi.org/10.1093/ije/dyi265).
29. Akahane, T. Extremely grotesque somatic delusions in a patient of delusional disorder and its response to risperidone treatment / T. Akahane, H. Hayashi, H. Suzuki [et al.] // General Hospital Psychiatry. – 2009. – Vol. 31, N 2. – P. 185-186. doi: [10.1016/j.genhosppsy.2008.07.004](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.07.004).
30. Al-Imam, A.M.L. A systematic literature review on delusional parasitosis / A.M.L. Al-Imam // Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery. – 2016. – Vol. 20, N 1. – P. 5-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jdds.2015.11.003>.

31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) / American Psychiatric Association. – Arlington, VA: American Psychiatric Press, 2013. – 992 P.
32. Arnold, L.M. Psychogenic Excoriation. Clinical Features, Proposed Diagnostic Criteria, Epidemiology and Approaches to Treatment / L.M. Arnold, M.B. Auchenbach, S.L. McElroy // *CNS Drugs*. – 2001. – Vol. 15, N 5. – P. 351-359. doi: 10.2165/00023210-200115050-00002.
33. Arolt, V. The Lübeck General Hospital Study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients / V. Arolt, M. Driessen, H. Dilling // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 1997. – Vol. 1, N 3. – P. 207-216. doi: 10.3109/13651509709024728.
34. Baad-Hansen, L. Atypical odontalgia – pathophysiology and clinical management / L. Baad-Hansen // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2008. – Vol. 35, N 1. – P. 1-11. doi: 10.1111/j.1365-2842.2007.01813.x.
35. Bass, C. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways / C. Bass, M. Murphy // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1995. – Vol. 39, N 4. – P. 403-427. doi: 10.1016/0022-3999(94)00157-z.
36. Bass, C. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists / C. Bass, R. Peveler, A. House // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 179, N 1. – P. 11-14. doi: 10.1192/bjp.179.1.11.
37. Bates, R.E. Jr. Atypical odontalgia: Phantom tooth pain / R.E. Bates Jr., C.M. Stewart // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. – 1991. – Vol. 72, N 4. – P. 479-483. doi: 10.1016/0030-4220(91)90564-s.
38. Bergdahl, M. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors / M. Bergdahl, J. Bergdahl // *Journal of Oral Pathology Medicine*. – 1999. – Vol. 28, N 8. – P. 350-354. doi: 10.1111/j.1600-0714.1999.tb02052.x.
39. Blinder, D. Conversion disorder after maxillofacial trauma and surgery / D. Blinder, L. Rotenberg, S. Taicher // *International Journal of Oral and*

Maxillofacial Surgery. – 1996. – Vol. 25, N 2. – P. 116-118. doi: 10.1016/s0901-5027(96)80054-3.

40. Bosch-Aranda, M.L. Atypical Odontalgia: A Systematic Review Following the Evidence-Based Principles of Dentistry / M.L. Bosch-Aranda, E. Vázquez-Delgado, C. Gay-Escoda // *The Journal of Craniomandibular Practice*. – 2011. – Vol. 29, N 3. – P. 219-226. doi: 10.1179/crn.2011.031.

41. Bradfield, J.W.B. A pathologist's perspective of the somatoform disorders / J.W.B. Bradfield // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2006. – Vol. 60, N 4. – P. 327-330. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.01.019.

42. Brodine, A.H. Recognition and management of somatoform disorders / A.H. Brodine, M.A. Hartshorn // *The Journal of Prosthetic Dentistry*. – 2004. – Vol. 91, N 3. – P. 268-273. doi: 10.1016/j.prosdent.2003.12.025.

43. Brufau-Redondo, C. Burning Mouth Syndrome / C. Brufau-Redondo, R. Martín-Brufau, R. Corbalán-Velez, A. De Concepción-Salesa // *Actas Dermo-Sifiliograficas*. – 2008. – Vol. 99, N 6 – P. 431-440. doi: 10.1016/S1578-2190(08)70287-7.

44. Budtz-Lilly, A. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? [Электронный ресурс] / A. Budtz-Lilly, A. Schröder, M.T. Rask [et al.] // *BMC Family Practice*. – 2015. – Vol. 16, № 180. – doi: 10.1186/s12875-015-0393-8. URL: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0393-8> (дата обращения: 07.04.2024).

45. Buljan, D. Correlation between anxiety, depression and burning mouth syndrome / D. Buljan, I. Savić, D. Karlović // *Acta Clinica Croatica*. – 2008. – Vol. 47, N 4. – P. 211-216.

46. Çalikuşu, C. The Relation of Psychogenic Excoriation With Psychiatric Disorders: A Comparative Study / C. Çalikuşu, B. Yücel, A. Polat, C. Baykal // *Comprehensive Psychiatry*. – 2003. – Vol. 44, N 3. – P. 256-261. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00041-5.

47. Cannavale, R. Oral self-injuries: Clinical findings in a series of 19 patients / R. Cannavale, A. Iтро, G. Campisi [et al.] // *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*. – 2015. – Vol. 20, N 2. – P. 123-129. doi: 10.4317/medoral.19643.
48. Ciaramella, A. Biopsychosocial Aspects of Atypical Odontalgia [Электронный ресурс] / A. Ciaramella, M. Paroli, L. Lonia [et al.] // *ISRN Neuroscience*. – 2013. – Vol. 2013, № 413515. – doi: 10.1155/2013/413515. URL: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/413515/> (дата обращения: 07.04.2024).
49. Ciorba, I. Facial self-mutilation: an analysis of published cases / I. Ciorba, O. Farcus, R. Giger, L. Nisa // *Postgraduate Medical Journal*. – 2014. – Vol. 90, N 1062. – P. 191-200. doi: 10.1136/postgradmedj-2013-132036.
50. Clarkson, E. Atypical Facial Pain / E. Clarkson, E. Jung // *Dental Clinics of North America*. – 2020. – Vol. 64, N 1. – P. 249-253. doi: 10.1016/j.cden.2019.08.014.
51. Coculescu, E.C. Burning mouth syndrome: a review on diagnosis and treatment / E.C. Coculescu, A. Radu, B.I. Coculescu // *Journal of Medicine and Life*. – 2014. – Vol. 7, N 4. – P. 512-515.
52. Collins, B. Body Dysmorphic Disorder and Psychological Distress in Orthognathic Surgery Patients / B. Collins, D. Gonzalez, D.K. Gaudilliere [et al.] // *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2014. – Vol. 72, N 8. – P. 1553-1558. doi: 10.1016/j.joms.2014.01.011.
53. Cosci, F. The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model / F. Cosci, G.A. Fava // *CNS Spectrums*. – 2016. – Vol. 21, N 4. – P. 310-317. doi: 10.1017/S1092852915000760.
54. Creed, F. Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? / F. Creed, E. Guthrie, P. Fink, P. Henningsen [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2010. – Vol. 68, N 1. – P. 5-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.09.004.

55. Creed, F. The associated features of multiple somatic symptom complexes / F. Creed, B. Tomenson, C. Chew-Graham [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2018. – Vol. 112. – P. 1-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.06.007.
56. Crow, H.C. Burning Mouth Syndrome / H.C. Crow, Y. Gonzalez // *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. – 2013. – Vol. 25, N 1. – P. 67-76. doi: 10.1016/j.coms.2012.11.001.
57. Cunningham, S.J. Body Dysmorphic Disorder Involving the Facial Region: A Report of 6 Cases / S.J. Cunningham, S.D. Harrison, C. Feinman, C. Hopper // *Journal of oral and maxillofacial surgery*. – 2000. – Vol. 58, N 10. – P. 1180-1183. doi: 10.1053/joms.2000.9586.
58. De Gucht, V. Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues / V. De Gucht, B. Fischler // *Psychosomatics*. – 2002. – Vol. 43, N 1. – P. 1-9. doi: 10.1176/appi.psy.43.1.1.
59. De Gucht, V. Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional, theory-based approach to somatization / V. De Gucht, S. Maes // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2006. – Vol. 60, N 4. – P. 349-352. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.021>.
60. De Jongh, A. Clinical characteristics of somatization in dental practice / A. De Jongh // *British Dental Journal*. – 2003. – Vol. 195, N 3. – P. 151-154. doi: 10.1038/sj.bdj.4810404.
61. De Jongh A. Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample / A. De Jongh, I.H.A. Aartman, H. Parvaneh, M. Ilik // *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. – 2009. – Vol. 37, N 4. – P. 350-356. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00469.x>.
62. De Jongh, A. Mental disorders in dental practice: A case report of body dysmorphic disorder / A. De Jongh, P. Adair // *Special Care in Dentistry*. – 2004. – Vol 24, N 2. – P. 61-64. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2004.tb01680.x>.

63. De Jongh, A. Preoccupation with one's appearance: a motivating factor for cosmetic dental treatment? / A. De Jongh, F.M.D. Oosterink, Y.R. Van Rood, I.H.A. Aartman // *British Dental Journal*. – 2008. – Vol. 204, N 12. – P. 691-695. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.522>.

64. De Souza, F.T.A. Psychiatric disorders in burning mouth syndrome / F.T.A. De Souza, A.L. Teixeira, T.M.P. Amaral [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2012. – Vol. 72, N 2. – P. 142-146. doi: [10.1016/j.jpsychores.2011.11.008](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.008).

65. De Souza, T.S.C. Body Dysmorphic Disorder in Rhinoplasty Candidates: Prevalence and Functional Correlations / T.S.C. De Souza, M.T.C.R. De O. Patrial, A.F.C. Meneguetti [et al.] // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2021. – Vol. 45, N 2. – P. 641-648. doi: [10.1007/s00266-020-01930-9](https://doi.org/10.1007/s00266-020-01930-9).

66. De Waal, M.W.M. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders / M.W.M. De Waal, I.A. Arnold, J.A.H. Eekhof, A.M. Van Hemert // *The British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 184, N 6. – P.470-476. doi: [10.1192/bjp.184.6.470](https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.470).

67. Deary, I.J. A taxonomy of medically unexplained symptoms / I.J. Deary // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1999. – Vol. 47, N 1. – P. 51-59. doi: [10.1016/s0022-3999\(98\)00129-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00129-9).

68. Dey, J. K. Body Dysmorphic Disorder in a Facial Plastic and Reconstructive Surgery Clinic: Measuring Prevalence, Assessing Comorbidities, and Validating a Feasible Screening Instrument / J.K. Dey, M. Ishii, M. Phillis [et al.] // *JAMA Facial Plastic Surgery*. – 2015. – Vol. 17, N 2. – P. 137-143. doi: [10.1001/jamafacial.2014.1492](https://doi.org/10.1001/jamafacial.2014.1492).

69. Dijkstra-Kersten, S.M.A. Somatisation as a risk factor for incident depression and anxiety / S.M.A. Dijkstra-Kersten, K. Sitnikova, H.W.J. Van Marwijk [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – Vol. 79, N 6. – P. 614-619. doi: [10.1016/j.jpsychores.2015.07.007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.007).

70. Dimsdale, J. What Do Physicians Think of Somatoform Disorders? / J. Dimsdale, N. Sharma, M. Sharpe // *Psychosomatics*. – 2011. – Vol. 52, N 2. – P. 154-159. doi: 10.1016/j.psych.2010.12.011.
71. Elegbede, A. Survival following Self-Inflicted Gunshots to the Face / A. Elegbede, P.J. Wasicek, S. Mermulla [et al.] // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2019. – Vol. 144, N 2. – P. 415-422. doi: 10.1097/PRS.0000000000005842.
72. Escobar, J.I. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations / J.I. Escobar, B. Cook, C.-N. Chen [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2010. – Vol. 69, N 1. – P. 1-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.001.
73. Fink, P. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients / P. Fink, M.S. Hansen, M.-L. Oxhøj // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2004. – Vol. 56, N 4. – P. 413-418. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00624-X.
74. Fink, P. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care / P. Fink, M. Rosendal, F. Olesen // *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 39, N 9. – P. 772-781. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01682.x.
75. Fink, P. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders / P. Fink, A. Schröder // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2010. – Vol. 68, N 5. – P. 415-426. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.02.004.
76. Fink, P. Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients / P. Fink, T. Toft, M.S. Hansen [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69, N 1. – P. 30-39. doi: 10.1097/PSY.0b013e31802e46eb.
77. Forssell, H. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management / H.

Forssell, S. Jääskeläinen, T. List [et al.] // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2015. – Vol. 42, N 4. – P. 300-322. doi: 10.1111/joor.12256.

78. Forssell, H. Symptom severity in burning mouth syndrome associates with psychological factors / H. Forssell, T. Teerijoki-Oksa, P. Puukka, A.-M. Estlander // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2020. – Vol. 47, N 6. – P. 713-719. doi: 10.1111/joor.12966.

79. Fortes, S. Studying ICD-11 Primary Health Care bodily stress syndrome in Brazil: do many functional disorders represent just one syndrome? / S. Fortes, C. Ziebold, G.M. Reed [et al.] // *Brazilian Journal of Psychiatry*. – 2019. – Vol. 41, N 1. – P. 15-21. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0003.

80. Gerrits, M.M.J.G. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years / M.M.J.G. Gerrits, H.W.J. Van Marwijk, P. Van Oppen [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – Vol. 78, N 1. – P. 64-70. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.011.

81. Grushka, M. Burning mouth syndrome / M. Grushka, J.B. Epstein, M. Gorsky // *American Family Physician*. – 2002. – Vol. 65, N 4. – P. 615-620.

82. Guevara, C. Maxillofacial Gunshot Injuries: A Comparison of Civilian and Military Data / C. Guevara, P. Pirgousis, B. Steinberg // *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2016. – Vol. 74, N 4. – P. 795. E. 1-7. doi: 10.1016/j.joms.2015.11.007.

83. Gureje, O. Classification of somatic syndromes in ICD-11 / O. Gureje // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2015. – Vol. 28, N 5. – P. 345-349. doi: 10.1097/YCO.0000000000000186.

84. Gureje, O. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects / O. Gureje, G.M. Reed // *World Psychiatry (WPA)*. – 2016. – Vol. 15, N 3. – P. 291-292. doi: 10.1002/wps.20353.

85. Gureje, O. Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care / O. Gureje, M. Von Korff, G.E. Simon, R. Gater // *JAMA*. – 1998. – Vol. 280, N 2. – P. 147-151. doi: 10.1001/jama.280.2.147.

86. Haller, H. Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care / H. Haller, H. Cramer, R. Lauche, G. Dobos // *Deutsches Ärzteblatt International*. – 2015. – Vol. 112, N 16. – P. 279-287. doi: 10.3238/arztebl.2015.0279.
87. Halper, I.S. An Occult Conversion Reaction Superimposed on a Facial Nerve Lesion / I.S. Halper // *Psychosomatics*. – 1966. – Vol. 7, N 5. – P. 311-314. doi: 10.1016/S0033-3182(66)72094-5.
88. Hanel, G. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study / G. Hanel, P. Henningsen, W. Herzog [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2009. – Vol. 67, N 3. – P. 189-197. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013.
89. Hara, E.S. Occlusal dysesthesia: a qualitative systematic review of the epidemiology, aetiology and management / E.S. Hara, Y. Matsuka, H. Minakuchi [et al.] // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2012. – Vol. 39, N 8. – P. 630-638. doi: 10.1111/j.1365-2842.2012.02300.x.
90. Hatcher, S. Assessment and management of medically unexplained symptoms / S. Hatcher, B. Arroll // *BMJ*. – 2008. – Vol. 336, N 7653. – P. 1124-1128. doi: 10.1136/bmj.39554.592014.BE.
91. Haw, C. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients / C. Haw, K. Hawton, K. Houston, E. Townsend // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 178, N 1. – P. 48-54. doi: 10.1192/bjp.178.1.48.
92. Hayashi, H. Paroxetine treatment of delusional disorder, somatic type / H. Hayashi, S. Oshino, J. Ishikawa [et al.] // *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*. – 2004. – Vol. 19, N 5. – P. 351-352. doi: <https://doi.org/10.1002/hup.590>.
93. Henningsen, P. Management of functional somatic syndromes / P. Henningsen, S. Zipfel, W. Herzog // *Lancet*. – 2007. – Vol. 369, N 9565. – P. 946-955. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60159-7.
94. Hepburn, S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients / S. Hepburn, S. Cunningham // *American Journal of Orthodontics and Dentofacial*

Orthopedics. – 2006. – Vol. 130, N 5. – P. 569-574. doi: 10.1016/j.ajodo.2005.06.022.

95. Herruer, J.M. Negative Predictors for Satisfaction in Patients Seeking Facial Cosmetic Surgery: A Systematic Review / J.M. Herruer, J.B. Prins, N. Van Heerbeek [et al.] // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2015. – Vol. 135, N 6. – P. 1596-1605. doi: 10.1097/PRS.0000000000001264.

96. Herzog, A. Duration of untreated illness in patients with somatoform disorders / A. Herzog, M.C. Shedden-Mora, P. Jordan, B. Löwe // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2018. – Vol. 107. – P. 1-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.01.011.

97. Hotopf, M. Editorial: Preventing somatization / M. Hotopf // *Psychological Medicine*. – 2004. – Vol. 34, N 2. – P. 195-198. doi: 10.1017/s003329170300151x.

98. Hurwitz, T.A. Somatization and Conversion Disorder / T.A. Hurwitz // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 49, N 3. – P. 172-178. doi: 10.1177/070674370404900304.

99. Hüsing, P. Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic / P. Hüsing, B. Löwe, A. Toussaint // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2018. – Vol. 113. – P. 74-80. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.08.001.

100. Hylwa, S.A. Delusional Infestation is Typically Comorbid with Other Psychiatric Diagnoses: Review of 54 Patients Receiving Psychiatric Evaluation at Mayo Clinic / S.A. Hylwa, A.A. Foster, J.E. Bury [et al.] // *Psychosomatics*. – 2012. – Vol. 53, N 3. – P. 258-265. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.11.003>.

101. Imhoff B. Occlusal dysesthesia – A clinical guideline / B. Imhoff, M.O. Ahlers, A. Hugger [et al.] // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2020. – Vol. 47, N 5. – P. 651-658. doi: 10.1111/joor.12950.

102. Jääskeläinen, S.K. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome / S.K. Jääskeläinen // *Clinical Neurophysiology*. – 2012. – Vol. 123, N 1. – P. 71-77. doi: 10.1016/j.clinph.2011.07.054.

103. Jääskeläinen, S.K. Burning mouth syndrome / S.K. Jääskeläinen, A. Woda // *Cephalalgia*. – 2017. – Vol. 37, N 7. – P. 627-647. doi: 10.1177/0333102417694883.
104. Jagger, R.G. Phantom bite revisited / R.G. Jagger, A. Korszun // *British Dental Journal*. – 2004. – Vol. 197, N 5. – P. 241-243. doi: 10.1038/sj.bdj.4811613.
105. Joseph, A.W. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Surgeon Diagnostic Accuracy in Facial Plastic and Oculoplastic Surgery Clinics / A.W. Joseph, L. Ishii, S.S. Joseph [et al.] // *JAMA Facial Plastic Surgery*. – 2017. – Vol. 19, N 4. – P. 269-274. doi: 10.1001/jamafacial.2016.1535.
106. Kalkur, C. "From Brain to Dentistry": Oral Psychosomatic Disorders-A Review / C. Kalkur, A. Sattur, K.S. Guttal // *EC Dental Science*. – 2019. – Vol. 18, N 6. – P. 1189-1196.
107. Kandagal, S.V. Effect of stress on oral mucosa / S.V. Kandagal, P. Shenai, L. Chatra [et al.] // *Biological and Biomedical Reports*. – 2011/2012. – Vol. 1, N 1. – P. 13-16.
108. Kato, S. Clinical Courses of Hypochondriac-Cenesthopathic Symptoms in Schizophrenia / S. Kato, T. Ishiguro // *Psychopathology*. – 1997. – Vol. 30, N 2. – P. 76-82. doi: 10.1159/000285032.
109. Kawasaki, K. Differences in the Clinical Characteristics of Persistent Idiopathic Facial Pain (Atypical Odontalgia) Patients with or Without Neurovascular Compression of the Trigeminal Nerve / K. Kawasaki, S. Sugawara, K. Watanabe [et al.] // *Pain Medicine*. – 2020. – Vol. 21, N 4. – P. 814-821. doi: 10.1093/pm/pnz300.
110. Kelleher, M.G. The Paradoxes of Phantom Bite Syndrome or Occlusal Dysaesthesia ('Dysesthesia') / M.G. Kelleher, L. Rasaratnam, S. Djemal // *Dental Update*. – 2017. – Vol. 44, N 1. – P. 8-12, 15-20, 23-24, 26-28, 30-32. doi: 10.12968/denu.2017.44.1.8.
111. Kellner, R. Psychosomatic syndromes and somatic symptoms / R. Kellner. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992. – 272 P.

112. Khan, A.A. Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome / A.A. Khan, A. Khan, J. Harezlak [et al.] // *Psychosomatics*. – 2003. – Vol. 44, N 6. – P. 471-478. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.471.

113. Kim, J.-Y. Association Between Burning Mouth Syndrome and the Development of Depression, Anxiety, Dementia, and Parkinson Disease / J.-Y. Kim, Y.S. Kim, I. Ko, D.-K. Kim // *JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery*. – 2020. – Vol. 146, N 6. – P. 561-569. doi: 10.1001/jamaoto.2020.0526.

114. Klasser, G.D. Burning Mouth Syndrome / G.D. Klasser, M. Grushka, N. Su // *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. – 2016. – Vol. 28, N 3. – P. 381-396. doi: 10.1016/j.coms.2016.03.005.

115. Kobayashi, T. Psychopathology and outcome of first-admission schizophrenic patients: Hypochondriac-cenestopathic symptoms as predictors of an unfavorable outcome / T. Kobayashi, S. Kato // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2004. – Vol. 58, N 5. – P. 567-572. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01301.x>.

116. Kroenke, K. Common Symptoms in Ambulatory Care: Incidence, Evaluation, Therapy, and Outcome / K. Kroenke, A.D. Mangelsdorff // *The American Journal of Medicine*. – 1989. – Vol. 86, N 3. – P. 262-266. doi: 10.1016/0002-9343(89)90293-3.

117. Kroenke, K. Revising the Classification of Somatoform Disorders: Key Questions and Preliminary Recommendations / K. Kroenke, M. Sharpe, R. Sykes // *Psychosomatics*. – 2007. – Vol. 48, N 4. – P. 277-285. doi: 10.1176/appi.psy.48.4.277.

118. Kumar, N.N. Psychosomatic disorders: An overview for oral physician / N.N. Kumar, M.G. Panchaksharappa, R.G. Annigeri // *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. – 2016. – Vol. 28, N 1. – P. 24-29. doi: 10.4103/0972-1363.189979.

119. Lehmann, M. Diagnostic and treatment barriers to persistent somatic symptoms in primary care – representative survey with physicians [Электронный ресурс] / M. Lehmann, N.J. Pohontsch, T. Zimmermann [et al.] // *BMC Family*

Practice. – 2021. – Vol. 22, № 60. – doi: 10.1186/s12875-021-01397-w. URL: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01397-w> (дата обращения: 07.04.2024).

120. Leon-Salazar, V. Pain and persistent occlusal awareness: What should dentists do? / V. Leon-Salazar, L. Morrow, E.L. Schiffman // *Journal of the American Dental Association*. – 2012. – Vol. 143, N 9. – P. 989-991. doi: 10.14219/jada.archive.2012.0325.

121. Lepping, P. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment / P. Lepping, R.W. Freudenmann // *Clinical and Experimental Dermatology*. – 2008. – Vol. 33, N 2. – P. 113-117. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2007.02635.x>.

122. Lerman, S.F. Longitudinal Associations Between Depression, Anxiety, Pain, and Pain-Related Disability in Chronic Pain Patients / S.F. Lerman, Z. Rudich, S. Brill [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2015. – Vol. 77, N 3. – P. 333-341. doi: 10.1097/PSY.000000000000158.

123. Lieb, R. Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Update / R. Lieb, G. Meinlschmidt, R. Araya // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69, N 9. – P. 860-863. doi: <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b0103>.

124. Ligas, B.B. Phantom Bite: A Survey of US Orthodontists / B.B. Ligas, M.T.S. Galang, E.A. BeGole [et al.] // *Orthodontics: the Art and Practice of Dentofacial Enhancement*. – 2011. – Vol. 12, N 1. – P. 38-47.

125. Limeres, J. Oral self-injury. An update / J. Limeres, J.F. Feijoo, F. Baluja [et al.] // *Dental Traumatology*. – 2013. – Vol. 29, N 1. – P. 8-14. doi: 10.1111/j.1600-9657.2012.01121.x.

126. Lipowski, Z.J. Somatization: Medicine's unsolved problem / Z.J. Lipowski // *Psychosomatics*. – 1987. – Vol. 28, N 6. – P. 294, 297. doi: 10.1016/S0033-3182(87)72518-3.

127. Lipowski, Z.J. Somatization: The Concept and Its Clinical Application / Z.J. Lipowski // *The American Journal of Psychiatry*. – 1988. – Vol. 145, N 11. – P. 1358-1368. doi: 10.1176/ajp.145.11.1358.

128. Lloyd, G.G. Psychiatric syndromes with a somatic presentation / G.G. Lloyd // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1986. – Vol. 30, N 2. – P. 113-120. doi: 10.1016/0022-3999(86)90039-5.

129. Macina, C. Somatization and Somatic Symptom Disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review [Электронный ресурс] / C. Macina, R. Bendel, M. Walter, J.S. Wrege // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2021. – Vol. 151, № 110646. – doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110646. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399921002919?via%3Di> hub (дата обращения: 07.04.2024).

130. Maeda K. Delusions of oral parasitosis / K. Maeda, Y. Yamamoto, M. Yasuda, K. Ishii // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. – 1998. – Vol. 22, N 1. – P. 243-248. doi: 10.1016/s0278-5846(97)00109-7.

131. Malaga, E.G. Management of Self-Harm Injuries in the maxillofacial region: A Report of two Cases and Review of the Literature / E.G. Malaga, E.M. Aguilera, C. Eaton, P. Ameerally // *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2016. – Vol. 74, N 6. – P. 1198. E. 1-9. doi: 10.1016/j.joms.2016.02.018.

132. Marbach, J.J. Orofacial phantom pain: theory and phenomenology / J.J. Marbach // *Journal of the American Dental Association*. – 1996. – Vol. 127, N 2. – P. 221-229. doi: 10.14219/jada.archive.1996.0172.

133. Marbach, J.J. Phantom bite / J.J. Marbach // *American Journal of Orthodontics*. – 1976. – Vol. 70, N 2. – P. 190-199. doi: 10.1016/s0002-9416(76)90319-5.

134. Marbach, J.J. Phantom bite syndrome / J.J. Marbach // *The American Journal of Psychiatry*. – 1978. – Vol. 135, N 4. – P. 476-479. doi: 10.1176/ajp.135.4.476.

135. Marbach, J.J. "Phantom bite": Classification and treatment / J.J. Marbach, J.R. Varoscak, R.T. Blank, P. Lund // *The Journal of Prosthetic dentistry*. – 1983. – Vol. 49, N 4. – P. 556-559. doi: 10.1016/0022-3913(83)90322-0.
136. Mayou, R. Somatization / R. Mayou // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1993. – Vol. 59, N 2. – P. 69-83. doi: <https://doi.org/10.1159/000288650>.
137. Mayou, R. Treatment of Functional Somatic Symptoms / R. Mayou, C. Bass, M. Sharpe. – Oxford: Oxford University Press, 1995. – 466 P.
138. Mayou, R. ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes / R. Mayou, A. Farmer // *BMJ*. – 2002. – Vol. 325, N 7358. – P. 265-268. doi: 10.1136/bmj.325.7358.265.
139. Mayou, R. Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V / R. Mayou, L.J. Kirmayer, G. Simon [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162, N 5. – P. 847-855. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.847.
140. McCrimmon, R.J. Psychosomatic Syndromes: Report of a Symposium Held in the College on 5 April 1995 / R.J. McCrimmon // *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. – 1996. – Vol. 26, N 1. – P. 36-40.
141. Melis, M. Atypical Odontalgia: A Review of the Literature / M. Melis, S.L. Lobo, C. Ceneviz [et al.] // *Headache*. – 2003. – Vol. 43, N 10. – P. 1060-1074. doi: 10.1046/j.1526-4610.2003.03207.x.
142. Mignogna, M.D. Unexplained Somatic Comorbidities in Patients With Burning Mouth Syndrome: A Controlled Clinical Study / M.D. Mignogna, A. Pollio, G. Fortuna [et al.] // *Journal of Orofacial Pain*. – 2011. – Vol. 25, N 2. – P. 131-140.
143. Miura, A. Psychiatric comorbidities in patients with Atypical Odontalgia / A. Miura, T.T.H. Tu, Y. Shinohara [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2018. – Vol. 104. – P. 35-40. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.11.001.
144. Moriarty, N. Current Understanding and Approach to Delusional Infestation / N. Moriarty, M. Alam, A. Kalus, K. O'Connor // *The American Journal*

of Medicine. – 2019. – Vol. 132, N 12. – P. 1401-1409. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.06.017.

145. Nicholson, M. A Pilot study: Stability of psychiatric diagnoses over 6 months in burning mouth syndrome / M. Nicholson, G. Wilkinson, E. Field [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2000. – Vol. 49, N 1. – P. 1-2. doi: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00056-2).

146. Nimnuan, C. Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities / C. Nimnuan, M. Hotopf, S. Wessely // Journal of Psychosomatic Research. – 2001. – Vol. 51, N 1. – P. 361-367. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00223-9.

147. Nimnuan, C. How many functional somatic syndromes? / C. Nimnuan, S. Rabe-Hesketh, S. Wessely, M. Hotopf // Journal of Psychosomatic Research. – 2001. – Vol. 51, N 4. – P. 549-557. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00224-0.

148. Noyes, R. Jr. Personality Dysfunction Among Somatizing Patients / R. Noyes Jr., D.R. Langbehn, R.L. Happel [et al.] // Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42, N 4. – P. 320-329. doi: 10.1176/appi.psy.42.4.320.

149. Noyes, R. Jr. A Reconceptualization of the Somatoform Disorders / R. Noyes Jr., S.P. Stuart, D.B. Watson // Psychosomatics. – 2008. – Vol. 49, N 1. – P. 14-22. doi: 10.1176/appi.psy.49.1.14.

150. Ochiai, S. Delusional parasitosis in dementia with Lewy bodies: a case report [Электронный ресурс] / S. Ochiai, H. Sugawara, Y. Kajio [et al.] // Annals of General Psychiatry. – 2019. – Vol. 18, № 29. doi: 10.1186/s12991-019-0253-3. URL: <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-019-0253-3> (дата обращения: 07.04.2024).

151. Oguchi, H. Occlusal Dysesthesia: A Clinical Report on the Psychosomatic Management of a Japanese Patient Cohort / H. Oguchi, Y. Yamauchi, Y. Karube [et al.] // The International Journal of Prosthodontics. – 2017. – Vol. 30, N 2. – P. 142-146. doi: 10.11607/ijp.4833.

152. Ono, Y. Diagnosis of occlusal dysesthesia utilizing prefrontal hemodynamic activity with slight occlusal interference / Y. Ono, Y. Ishikawa, M. Munakata [et al.] // *Clinical and Experimental Dental Research*. – 2016. – Vol. 2, N 2. – P. 129-135. doi: <https://doi.org/10.1002/cre2.32>.

153. Pandya, D. A rare case report on atypical odontalgia with psychological implications / D. Pandya, A.K. Nagarajappa // *International Journal of Medical Research and Review*. – 2016. – Vol. 4, N 2. – P. 261-263. doi: [10.17511/ijmrr.2016.i02.001](https://doi.org/10.17511/ijmrr.2016.i02.001).

154. Petersen, M.W. The unifying diagnostic construct of bodily distress syndrome (BDS) was confirmed in the general population [Электронный ресурс] / M.W. Petersen, A. Schröder, T. Jørgensen [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2020. – Vol. 128, № 109868. doi: [10.1016/j.jpsychores.2019.109868](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109868). URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399919306014?via%3Dihub> (дата обращения: 07.04.2024).

155. Peveler, R. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion / R. Peveler, L. Kilkenny, A.-L. Kinmonth // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1997. – Vol. 42, N 3. – P. 245-252. doi: [10.1016/s0022-3999\(96\)00292-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(96)00292-9).

156. Polo, M. Body dysmorphic disorder: A screening guide for orthodontists / M. Polo // *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. – 2011. – Vol. 139, N 2. – P. 170-173. doi: [10.1016/j.ajodo.2010.09.025](https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2010.09.025).

157. Pop-Jordanova, N. On Psychosomatic Problems in Dentistry / N. Pop-Jordanova, S. Loleska // *Prilozi*. – 2020. – Vol. 41, N 1. – P. 57-63. doi: [10.2478/prilozi-2020-0023](https://doi.org/10.2478/prilozi-2020-0023).

158. Porter, R. Self-Inflicted Dental Injury Presenting as Localized Anterior Tooth Surface Loss / R. Porter, N. Poyser, H. Chana [et al.] // *Dental Update*. – 2006. – Vol. 33, N 3. – P. 154-156. doi: [10.12968/denu.2006.33.3.154](https://doi.org/10.12968/denu.2006.33.3.154).

159. Ram, S. Clinical characteristics and diagnosis of atypical odontalgia: Implications for dentists / S. Ram, A. Teruel, S.K.S. Kumar, G. Clark // *Journal of The American Dental Association*. – 2009. – Vol. 140, N 2. – P. 223-228. doi: 10.14219/jada.archive.2009.0136.
160. Rees, R.T. Atypical odontalgia / R.T. Rees, M. Harris // *The British Journal of Oral Surgery*. – 1979. – Vol. 16, N 3. – P. 212- 218. doi: 10.1016/0007-117x(79)90027-1.
161. Rief, W. Stability of Somatoform Symptoms – Implications for Classification / W. Rief, G. Rojas // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69, N 9. – P. 864-869. doi: 10.1097/PSY.0b013e31815b006e.
162. Rodríguez, C.P. Body dysmorphia in dentistry and prosthodontics: A practice based study / C.P. Rodríguez, R.B. Judge, D. Castle, A. Phillipou // *Journal of Dentistry*. – 2019. – Vol. 81. – P. 33-38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2018.12.003>.
163. Röhricht, F. Do cenesthesias and body image aberration characterize a subgroup in schizophrenia? / F. Röhricht, S. Priebe // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2002. – Vol. 105, N 4. – P. 276-282. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.1107.x.
164. Rosten, A. Body dysmorphic disorder: a guide to identification and management for the orthodontic team / A. Rosten, S. Cunningham, J.T. Newton // *Journal of Orthodontics*. – 2018. – Vol. 45, N 3. – P. 163-168. doi: 10.1080/14653125.2018.1490874.
165. Russo, M. Burning Mouth Syndrome Etiology: A Narrative Review / M. Russo, P. Crafa, S. Guglielmetti [et al.] // *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*. – 2022. – Vol. 31, N 2. – P. 223-228. doi: 10.15403/jgld-4245.
166. Saguchi, A.H. Atypical odontalgia: pathophysiology, diagnosis and management / A.H. Saguchi, A.T.A Yamamoto, C. De A.B. Cardoso, A. De O.L. Ortega // *Brazilian Journal of Pain*. – 2019. – Vol. 2, N 4. – P. 368-373. doi: 10.5935/2595-0118.20190067.

167. Sanner, F. Patients with persistent idiopathic dentoalveolar pain in dental practice / F. Sanner, D. Sonntag, N. Hambrock, M. Zehnder // *International Endodontic Journal*. – 2022. – Vol. 55, N 3. – P. 231-239. doi: 10.1111/iej.13664.

168. Sarkhel, S. Cheek-biting disorder: Another stereotypic movement disorder? / S. Sarkhel, S.K. Praharaj, S. Akhtar // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2011. – Vol. 25, N 8. – P. 1085-1086. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.07.006.

169. Sarwer, D.B. Body Dysmorphic Disorder in Patients Who Seek Appearance-Enhancing Medical Treatments / D.B. Sarwer, C.E. Crerand, L. Magee // *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. – 2010. – Vol. 22, N 4. – P. 445-453. doi: 10.1016/j.coms.2010.07.002.

170. Sathyanarayana, H.P. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among patients seeking orthodontic treatment [Электронный ресурс] / H.P. Sathyanarayana, S. Padmanabhan, R. Balakrishnan, A.B. Chitharanjan // *Progress in Orthodontics*. – 2020. – Vol. 21, № 20. doi: 10.1186/s40510-020-00322-8. URL: <https://progressinorthodontics.springeropen.com/articles/10.1186/s40510-020-00322-8> (дата обращения: 07.04.2024).

171. Scamvougeras, A. Somatic Symptom Disorder, Medically Unexplained Symptoms, Somatoform Disorders, Functional Neurological Disorder: How DSM-5 Got It Wrong / A. Scamvougeras, A. Howard // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 65, N 5. – P. 301-305. doi: 10.1177/0706743720912858.

172. Schröder, A. Functional Somatic Syndromes and Somatoform Disorders in Special Psychosomatic Units: Organizational Aspects and Evidence-Based Treatment / A. Schröder, P. Fink // *The Psychiatric Clinics of North America*. – 2011. – Vol. 34, N 3. – P. 673-687. doi: 10.1016/j.psc.2011.05.008.

173. Scott, S.E. Body Dysmorphic Disorder and Aesthetic Dentistry / S.E. Scott, J.T. Newton // *Dental Update*. – 2011. – Vol. 38, N 2. – P. 112-114, 117-118. doi: 10.12968/denu.2011.38.2.112.

174. Shamim, T. A Simple Working Type Classification Proposed for the Psychosomatic Disorders of the Oral Cavity / T. Shamim // Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. – 2012. – Vol. 22, N 9. – P. 612.

175. Shamim T. The Psychosomatic Disorders Pertaining to Dental Practice with Revised Working Type Classification / T. Shamim // The Korean Journal of Pain. – 2014. – Vol. 27, N 1. – P. 16-22. doi: 10.3344/kjp.2014.27.1.16.

176. Sharpe, M. Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? / M. Sharpe, R. Mayou // The British Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 184, N 6. – P. 465-467. doi: 10.1192/bjp.184.6.465.

177. Sharpe, M. Bodily symptoms: New approaches to classification / M. Sharpe, R. Mayou, J. Walker // Journal of Psychosomatic Research. – 2006. – Vol. 60, N 4. – P 353-356. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.01.020.

178. Shinohara, Y. Comorbid depressive disorders and left-side dominant occlusal discomfort in patients with phantom bite syndrome / Y. Shinohara, Y. Umezaki, I. Minami [et al.] // Journal of Oral Rehabilitation. – 2020. – Vol. 47, N 1. – P. 36-41. doi: 10.1111/joor.12872.

179. Slattery, H. Treatment resistant somatic delusions in bipolar disorder [Электронный ресурс] / H. Slattery, M. Nance // BMJ Case Reports. – 2015. – Vol. 2015, № bcr2014208375. doi: 10.1136/bcr-2014-208375. URL: <https://casereports.bmj.com/content/2015/bcr-2014-208375> (дата обращения: 07.04.2024).

180. Smith, D.P. A Psychiatric Study of Atypical Facial Pain / D.P. Smith, L.F. Pilling, J.S. Pearson [et al.] // Canadian Medical Association Journal. – 1969. – Vol. 100, N 6. – P. 286-291.

181. Smith, G.C. Consultation-Liaison Psychiatrists' Management of Somatoform Disorders / G.C. Smith, D.M. Clarke, D. Handrinos [et al.] // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41, N 6. – P. 481-489. doi: 10.1176/appi.psy.41.6.481.

182. Stanghellini, G. Abnormal Bodily Experiences May be a Marker of Early Schizophrenia? / G. Stanghellini, M. Ballerini, P.F. Poli, J. Cutting // Current

Pharmaceutical Design. – 2012. – Vol. 18, N 4. – P. 392-398. doi: 10.2174/138161212799316181.

183. Steinbrecher, N. The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care / N. Steinbrecher, S. Koerber, D. Frieser, W. Hiller // Psychosomatics. – 2011. – Vol. 52, N 3. – P. 263-271. doi: 10.1016/j.psym.2011.01.007.

184. Sutter, B.A. Phantom bite: a real or a phantom diagnosis? A case report / B.A. Sutter // General Dentistry. – 2017. – Vol. 65, N 5. – P. 41-46.

185. Sykes, R. Somatoform disorders in DSM-IV: Mental or physical disorders? / R. Sykes // Journal of Psychosomatic Research. – 2006. – Vol. 60, N 4. – P. 341-344. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.01.018.

186. Taiminen, T. Psychiatric (axis I) and personality (axis II) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain / T. Taiminen, L. Kuusalo, L. Lehtinen [et al.] // Scandinavian Journal of Pain. – 2011. – Vol. 2, N 4. – P. 155-160. doi: 10.1016/j.sjpain.2011.06.004.

187. Takahashi, T. Pathology in Senile Patients with Abnormal Body Sensation / T. Takahashi, T. Tamaru, J. Imai [et al.] // Psychogeriatrics. – 2001. – Vol. 1, N 2. – P. 139-142. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2001.tb00009.x>.

188. Takenoshita, M. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities / M. Takenoshita, T. Sato, Y. Kato [et al.] // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2010. – Vol. 6, N 1 – P. 699-705. doi: 10.2147/NDT.S12605.

189. Tammiala-Salonen, T. Burning mouth in a Finnish adult population / T. Tammiala-Salonen, T. Hiidenkari, T. Parvinen // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 1993. – Vol. 21, N 2. – P. 67-71. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1993.tb00723.x>.

190. The Orofacial Pain Classification Committee. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP) / The Orofacial Pain

Classification Committee // Cephalalgia. – 2020. – Vol. 40, N 2. – P. 129-221. doi: 10.1177/0333102419893823.

191. Tinastepe, N. Neuropathic pain after dental treatment / N. Tinastepe, K. Oral // Agri – The Journal of the Turkish Society of Algology. – 2013. – Vol. 25, N 1. – P. 1-6. doi: 10.5505/agri.2013.55477.

192. Tollefson, T.T. Self-induced Nasal Ulceration / T.T. Tollefson, J.D. Kriet, T.D. Wang, T.A. Cook // Archives of Facial Plastic Surgery. – 2004. – Vol. 6, N 3. – P. 162-166. doi: 10.1001/archfaci.6.3.162.

193. Toyofuku, A. Psychosomatic problems in dentistry [Электронный ресурс] / A. Toyofuku // BioPsychoSocial Medicine. – 2016. – Vol. 10, № 14. doi:10.1186/s13030-016-0068-2. URL: <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-016-0068-2> (дата обращения: 07.04.2024).

194. Tu, C.-Y. Is severity a clinically meaningful specifier of somatic symptom disorder? [Электронный ресурс] / C.-Y. Tu, W.-S. Liu, Y.-F. Chen, W.-L. Huang // Journal of Psychosomatic Research. – 2020. – Vol. 133, № 110108. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110108. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002239992030060X?via%3Dihub> (дата обращения: 07.04.2024).

195. Tu, T.T.H. Personality Traits in Burning Mouth Syndrome Patients With and Without a History of Depression [Электронный ресурс] / T.T.H. Tu, M. Watanabe, T. Suga [et al.] // Frontiers in Psychiatry. – 2021. – Vol. 12, № 659245. doi: 10.3389/fpsy.2021.659245. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.659245/full> (дата обращения: 07.04.2024).

196. Turner, J.A. Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic orofacial pain: Recent advances / J.A. Turner, S.F. Dworkin // Journal of The American Dental Association. – 2004. – Vol. 135, N 8. – P. 1119-1125, 1164-1165 doi: 10.14219/jada.archive.2004.0370.

197. Umemura, E. Oral medicine psychiatric liaison clinic: study of 1202 patients attending over an 18-year period / E. Umemura, T. Tokura, M. Ito [et al.] // *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2019. – Vol. 48, N 5. – P. 644-650. doi: 10.1016/j.ijom.2018.12.005.

198. Umezaki, Y. Clinical characteristics and course of oral somatic delusions: a retrospective chart review of 606 cases in 5 years / Y. Umezaki, A. Miura, Y. Shinohara [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2018. – Vol. 14. – P. 2057-2065. doi: 10.2147/NDT.S167527.

199. Umezaki, Y. Oral cenesthopathy [Электронный ресурс] / Y. Umezaki, A. Miura, M. Watanabe [et al.] // *BioPsychoSocial Medicine*. – 2016. – Vol. 10, № 20. doi: 10.1186/s13030-016-0071-7. URL: <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-016-0071-7> (дата обращения: 07.04.2024).

200. Umezaki, Y. Two Cases of Oral Somatic Delusions Ameliorated With Brain Perfusion Asymmetry: A Case Report / Y. Umezaki, A. Uezato, A. Toriihara [et al.] // *Clinical Neuropharmacology*. – 2017. – Vol. 40, N 2. – P. 97-99. doi: 10.1097/WNF.0000000000000207.

201. Umezaki, Y. Comparison of Cerebral Blood Flow Patterns in Patients with Phantom Bite Syndrome with Their Corresponding Clinical Features / Y. Umezaki, M. Watanabe, Y. Shinohara [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2020. – Vol. 16. – P. 2277-2284. doi: 10.2147/NDT.S262892.

202. Van Dessel, N.C.- Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) / N.C.- Van Dessel, J.C. Van Der Wouden, J. Dekker, H.E. Van Der Horst // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2016. – Vol. 82. – P. 4-10. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.01.004.

203. Van Gils, A. Individual variation in temporal relationships between stress and functional somatic symptoms / A. Van Gils, C. Burton, E.H. Bos [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2014. – Vol. 77, N 1. – P. 34-39. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.04.006.

204. Van Ravenzwaaij, J. Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature / J. Van Ravenzwaaij, T.C. Olde Hartman, H. Van Ravesteijn [et al.] // *Mental Health in Family Medicine*. – 2010. – Vol. 7, N 4. – P. 223-231.

205. Van Selms, M.K.A. Myofascial temporomandibular disorder pain, parafunctions and psychological stress / M.K.A. Van Selms, F. Lobbezoo, C.M. Visscher, M. Naeije // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2008. – Vol. 35, N 1. – P. 45-52. doi: 10.1111/j.1365-2842.2007.01795.x.

206. Vanheule, S. Reliability in Psychiatric Diagnosis with the DSM: Old Wine in New Barrels / S. Vanheule, M. Desmet, R. Meganck [et al.] // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2014. – Vol. 83, N 5. – P. 313-314. doi: 10.1159/000358809.

207. Veale, D. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence / D. Veale, L.J. Gledhill, P. Christodoulou, J. Hodsoll // *Body Image*. – 2016. – Vol. 18. – P. 168-186. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.07.003.

208. Voigt, K. Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder – Comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration / K. Voigt, E. Wollburg, N. Weinmann [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2012. – Vol. 73, N 5. – P. 345-350. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.020>.

209. Vulink, N.C.C. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery / N.C.C. Vulink, A. Rosenberg, J.M. Plooij [et al.] // *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2008. – Vol. 37, N 11. – P. 985-991. doi: 10.1016/j.ijom.2008.06.005.

210. Wancata, J. Psychiatric disorders in gynaecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria / J. Wancata, N. Benda, M. Hajji [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1996. – Vol. 31, N 3-4. – P. 220-226. doi: 10.1007/BF00785771.

211. Watanabe, K. Clinical Characteristics of Predominantly Unilateral Oral Cenesthopathy With and Without Neurovascular Contact [Электронный ресурс] / K. Watanabe, M. Watanabe, C. Takao [et al.] // *Frontiers in Neurology*. – 2021. – Vol. 12, № 744561. doi: 10.3389/fneur.2021.744561. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2021.744561/full> (дата обращения: 07.04.2024).

212. Watanabe, M. Case Report: Iatrogenic Dental Progress of Phantom Bite Syndrome: Rare Cases With the Comorbidity of Psychosis [Электронный ресурс] / M. Watanabe, C. Hong, Z. Liu [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12, № 701232. doi: 10.3389/fpsy.2021.701232. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.701232/full> (дата обращения: 07.04.2024).

213. Watanabe, M. Clinico-statistical study on 1210 outpatients examined at the department of Psychosomatic Dentistry (2009-2011) / M. Watanabe, A. Katagiri, Y. Umezaki [et al.] // *Japan Journal of Psychosomatic Dentistry*. – 2012. – Vol. 27. – P. 37-43.

214. Watanabe, M. Psychiatric comorbidities and psychopharmacological outcomes of phantom bite syndrome / M. Watanabe, Y. Umezaki, S. Suzuki [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – Vol. 78, N 3. – P. 255-259. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.010.

215. Wessely, S. Functional somatic syndromes: one or many? / S. Wessely, C. Nimnuan, M. Sharpe // *Lancet*. – 1999. – Vol. 354, N 9182. – P. 936-939. doi: 10.1016/S0140-6736(98)08320-2.

216. Wong, S. Patients with delusional infestation (delusional parasitosis) often require prolonged treatment as recurrence of symptoms after cessation of treatment is common: an observational study / S. Wong, A. Bewley // *The British Journal of Dermatology*. – 2011. – Vol. 165, N 4. – P. 893-896. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10426.x>.

217. World Health Organization. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision (ICD-10)

[Электронный ресурс] / World Health Organization // – 2020. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/list-of-official-icd-10-updates> (дата обращения: 07.04.2024).

218. Wu, S. Worldwide prevalence estimates of burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis / S. Wu, W. Zhang, J. Yan [et al.] // *Oral Diseases*. – 2022. – Vol. 28, N 6. – P. 1431-1440. doi: 10.1111/odi.13868.

219. Yamaguchi, T. A Clinical Study on Persistent Uncomfortable Occlusion / T. Yamaguchi, S. Mikami, K. Okada // *Prosthodontic Research & Practice*. – 2007. – Vol. 6, N 3. – P. 173-180. doi: <https://doi.org/10.2186/prp.6.173>.

220. Yoo, H.S. The role of psychological factors in the development of burning mouth syndrome / H.S. Yoo, S.H. Jin, Y.J. Lee [et al.] // *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2018. – Vol. 47, N 3. – P. 374-378. doi: 10.1016/j.ijom.2017.09.012.

221. Yuksel, F. Management of Maxillofacial Problems in Self-Inflicted Rifle Wounds / F. Yuksel, B. Celikoz, O. Ergun [et al.] // *Annals of Plastic Surgery*. – 2004. – Vol. 53, N 2. – P. 111-117. doi: 10.1097/01.sap.0000116304.70332.26.

222. Zakrzewska, J.M. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face [Электронный ресурс] / J.M. Zakrzewska // *The Journal of Headache and Pain*. – 2013. – Vol. 14, № 37. doi: 10.1186/1129-2377-14-37. URL: <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/1129-2377-14-37> (дата обращения: 07.04.2024).