

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Юзбашян Полина Георгиевна

**Глоссалгический синдром: психопатология, психодерматологические
аспекты, типология и терапия**

3.1.17. Психиатрия и наркология

3.1.23. Дерматовенерология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, доцент

Романов Дмитрий Владимирович

доктор медицинских наук, профессор

Львов Андрей Николаевич

Москва – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	17
1.1. Дефиниция, эпидемиология и актуальность.....	17
1.2. История изучения глоссалгии	19
1.3. Формализованные диагностические критерии глоссалгии	20
1.4. Классификации глоссалгии	21
1.5. Провоцирующие глоссалгию факторы (триггеры)	23
1.6. Коморбидность глоссалгии и психических расстройств.....	27
1.7. Психопатология и клиническая квалификация глоссалгии	29
1.8. Соотношение глоссалгии и дерматологической патологии полости рта	33
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1. Материал исследования	37
2.2. Методы исследования.....	41
2.3. Социо-демографическая характеристика клинической выборки	43
2.4. Психометрическая характеристика клинической выборки	47
2.5. Дерматологическая характеристика клинической выборки.....	52
ГЛАВА 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ГЛОССАЛГИИ SINE MATERIA	55
3.1. Органно-невротический тип глоссалгии sine materia	58
3.2. Соматопсихотический тип глоссалгии sine materia.....	75
ГЛАВА 4. ГЛОССАЛГИЯ CUM MATERIA НА МОДЕЛИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ.....	96
4.1. Органоневротический тип глоссалгии cum materia.....	102
4.2. Сверхценный тип глоссалгии cum materia.....	122
ГЛАВА 5. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ГЛОССАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА	140
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	168
ВЫВОДЫ	188

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ 191

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 192

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Глоссалгия, глоссодиния, глоссопироз или синдром «горящего рта» (burning mouth syndrome) – биопсихосоциальное (психосоматическое) расстройство, проявляющееся патологическими телесными сенсациями (боль, жжение, ощущения «прокола», «налета») в полости рта, которые могут сочетаться с дисгевзией (изменениями вкуса) и ксеростомией (сухостью во рту), не сопровождаясь при этом клинически значимыми изменениями слизистой либо соматической/неврологической/системной патологией, которая могла бы объяснить возникающие коэнестезиопатии и явления вегетативной дисфункции [10, 11, 35, 86, 96, 119, 120, 141, 160]. Согласно критериям международной ассоциации по изучению боли (IASP), для постановки диагноза глоссалгии симптоматика должна сохраняться ежедневно не меньше 4-6 месяцев в течение не менее двух часов в день [244].

Актуальность изучения глоссалгии определяется значительной распространенностью в населении – от 0,7% до 1% [151, 177] и заболеваемостью – 11,4 случая на 100 000 человек в год [94]. При этом глоссалгия значимо чаще встречается у женщин (гендерное соотношение – 7:2,5), в основном в менопаузе (средний возраст больных – 59,4 лет): три четверти больных – женщины в возрасте 55-79 лет [63, 111, 121]. Также установлено, что глоссалгия приводит к выраженному снижению качества жизни и значительной дезадаптации [48, 246].

Актуальность анализа психиатрических аспектов проблемы также обусловлена высокой частотой психических нарушений при глоссалгии, прежде всего, депрессии и тревоги: 29,4 – 43% и 45,9% – 63,7%, соответственно [142, 173, 221, 233]. В основном, большинство работ, в которых определяется распространенность и другие формализованные характеристики тревоги/депрессии выполняются с помощью психометрических методик (HADS, STAI, HAM-D, BDI, BAI и пр.). Это как правило, не позволяет оценить особенности психосоматических

соотношений психических нарушений собственно с болевыми проявлениями при глоссалгии, а также – квалифицировать соответствующие психопатологические феномены. Нивелирующий такой недостаток интегративный клинический подход реализуется лишь в единичных исследованиях (выполненных, например, с применением клинических интервью). Так, показано, что более, чем 20% пациентов, страдающих глоссалгией, обнаруживают тревожные феномены с характерным содержательным комплексом – канцерофобией, возникающей в основном в связи со страхом развития онкологической патологии языка и/или глотки [82, 94]. Однако психопатологический анализ структуры глоссалгического синдрома в доступной литературе ограничивается единичными публикациями [208], а роль психических расстройств при глоссалгии остается изучена недостаточно и нередко недооценивается.

Несмотря на декларируемую полиэтиологичность глоссалгии, большая часть таких пациентов не обнаруживает каких-либо отклонений в лабораторных показателях или при физикальном осмотре, а местное и/или системное соматотропное лечение не приносит существенного эффекта. В связи с указанным противоречием глоссалгия остается недостаточно изученной с позиций учения об ипохондрии, как о психопатологическом синдроме, определяющемся необоснованной либо преувеличенной идеацией по поводу состояния собственного здоровья [78, 153], а также с позиции современной концепции «расстройств с картиной телесного дистресса» (МКБ-11) либо психопатологического «синдрома с соматическими симптомами» (DSM-5), в настоящее время практически заменившими собой рубрику «соматоформные расстройства» таких классификаций, как МКБ-10 и DSM-III/IV. Кроме того, учитывая актуальные диагностические критерии соответствующих расстройств в современных классификациях, предполагающих не только отсутствие объективных соматических заболеваний, способных объяснить телесные симптомы (*sine materia*), но и ситуации, когда «диагностируемая соматическая патология не объясняет полностью природы и выраженности субъективных жалоб» (*cum materia*), приходится констатировать, что глоссалгия, возникающая в ассоциации с

объективно диагностированными поражениями (дерматозами) слизистой полости рта (*cum materia*) остается малоизучена.

Учитывая локальность основных жалоб, ограниченных полостью рта с проекцией ощущений на слизистую оболочку, а также болевой характер доминирующих симптомов, больные глоссалгией имеют тенденцию накапливаться в стоматологической, гастроэнтерологической, дерматологической и неврологической практике соответственно. С указанной особенностью связана актуальность междисциплинарных исследований психопатологических особенностей глоссалгического синдрома психиатрами/психотерапевтами во взаимодействии с представителями выше перечисленных специальностей [36, 52]. Принимая во внимание данные о резистентности глоссалгии к терапии [167, 184], актуальной является разработка эффективных терапевтических стратегий с применением психофармакотерапии, учитывающих психопатологические характеристики синдрома.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время глоссалгия рассматривается в свете биопсихосоциальной модели как полиэтиологическое расстройство, вызванное комплексом причин, что предполагает взаимодействие между биологическими (генетическими, нейрофизиологическими и пр.), локальными, системными и психологическими/социальными факторами [133]. Соответственно, глоссалгия продолжает оставаться одним из транснозологических синдромов, дифференцируемых либо на первичную/идиопатическую, либо вторичную, обусловленную неврологической, соматической, системной, стоматологической, дерматологической, психической патологией [237]. При этом в МКБ-10 глоссалгия или глоссодиния относится к классу «болезней языка» (K14.6), т.е. фактически квалифицируется как локальная патология полости рта, либо включается в остаточную рубрику в пределах категории «другие синдромы головной боли» (G44.847) класса неврологических заболеваний.

В свою очередь, глоссалгия, квалифицируемая как психически обусловленная, выделяется лишь в единичных работах [241]. При этом хотя

упоминается роль психотравмирующих воздействий в манифестации/экзацербации глоссалгии, однако анализ структуры стрессоров и вклад конституциональной почвы в формирование подобных реакций, а также их психопатологическая структура практически не анализируется.

До сих пор в большинстве исследований глоссалгия оценивается как равномерный синдром, а данные о клинической гетерогенности расстройства приводятся лишь в единичных публикациях [173]. Предпринимаемые попытки построения клинической типологии глоссалгии, основанные на произвольных критериях (например, на суточной динамике симптомов [172]), не учитывают целостной клинической картины и психической составляющей страдания. На данный момент не существует релевантной типологии глоссалгии, которая включала бы психопатологические характеристики расстройства, хотя для этого имеются определенные предпосылки. Так, если в некоторых работах глоссалгия рассматривается как соматизированное (соматоформное) расстройство невротического уровня (органный невроз) [256], то лишь в единичных публикациях описывается вариант глоссалгии, манифестирующей в пределах психической патологии более тяжелых регистров, например, при хроническом брезовом расстройстве [125, 180]. Кроме того, в ряде исследований приводятся данные, указывающие на возможность манифестации симптомов глоссалгии при дерматозах полости рта, в том числе при красном плоском лишае (КПЛ) [3, 94]. Однако ни один из указанных вариантов синдрома не учитывается в имеющихся классификациях глоссалгии.

На настоящее время доступен ряд исследований, посвященных проблемам психофармакологической коррекции глоссалгического синдрома, в том числе систематические обзоры и мета-анализы [137, 203, 253]. Описан широкий спектр терапевтических воздействий, включающих местное и системное применение бензодиазепиновых транквилизаторов, антидепрессантов, атипичных антипсихотиков, а также методик биологической и психотерапии. Однако, в связи с недостаточной разработанностью психопатологии синдрома и отсутствием типологической дифференциации, основанной на междисциплинарном

клиническом подходе, подходы к терапии зачастую эклектичны, а мишени психотерапии обозначены недостаточно четко.

Цель и задачи исследования

Целью настоящего исследования является определение частоты и верификация психосоматических соотношений при синдроме глоссалгии в дерматологической практике с учетом структуры провоцирующих факторов, психопатологических и патохарактерологических расстройств, а также возможного вклада коморбидной дерматологической патологии, направленная на разработку типологии и методов **комбинированной** терапии.

Соответственно осуществлялось решение **следующих задач исследования:**

1. Определение частоты глоссалгии среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью в связи с патологией полости рта в учреждение дерматологического профиля.
2. Определение клинической структуры синдрома глоссалгии с учетом провоцирующих факторов (триггеров), особенностей психопатологических феноменов (кожестезиопатических, ипохондрических, инсомнических и пр.) и патохарактерологических расстройств.
3. Разработка психопатологической типологии глоссалгии, основанной на феноменологии и нозологии синдрома, а также психосоматических соотношениях с дерматологической патологией полости рта.
4. Выделение и психопатологическая характеристика синдрома глоссалгии, ассоциированного с кожной патологией полости рта (на модели КПЛ).
5. Разработка методов комбинированного лечения синдрома глоссалгии (психотерапия, топическая дерматотропная терапия), как универсальных, так и дифференцированных согласно разработанной клинической типологии.

Научная новизна

Впервые разработана интегративная типологическая дифференциация глоссалгического синдрома, учитывающая психопатологические характеристики и дерматологический статус. Выделены клинически гетерогенные типы синдрома:

органоневротический (истерический либо тревожно-фобический), сверхценный, соматопсихотический – развивающиеся при интактной слизистой (*sine materia*) либо в условиях дерматоза полости рта (*cum materia*) – при КПЛ.

Впервые проанализирована динамика психических заболеваний, реализующихся синдромом глоссалгии, начиная от провоцирующих манифестацию триггеров (психогенных/соматогенных) и заканчивая отдаленными этапами – ремиссиями/экзацербациями состояния по данным катамнеза. Определена ассоциация преморбидных расстройств личности с модусом манифестации, клинической типологией, динамикой и прогнозом глоссалгического синдрома.

Обобщены характеристики казуистических случаев глоссалгического синдрома, сопряженного с дерматологическим заболеванием слизистой полости рта (КПЛ). Впервые проанализированы психосоматические соотношения при данном типе синдрома, выявлены психопатологические особенности и закономерности динамики состояния, а также особенности ассоциации с кожной патологией.

Разработаны методы комплексной терапии глоссалгического синдрома с учетом разработанной типологии и наличия/отсутствия дерматологической патологии. Впервые обосновано использование для терапии глоссалгического синдрома препарата из группы «малых» нейролептиков [1], обладающего активностью в отношении патологических телесных ощущений и вегетостабилизирующим эффектом (алимемазин).

Личный вклад автора

Личное участие автора состоит в определении цели и задач исследования, разработке его дизайна и составлении плана работы; проведении анализа данных литературы; наборе выборки пациентов согласно критериям включения/невключения в период работы на клинической базе исследования; непосредственном клинико-психопатологическом и психометрическом обследовании больных клинической выборки исследования; сборе, систематизации и анализе результатов исследования; формулировании гипотез для статистической

обработки результатов исследования; осуществлении психофармакотерапии и совместном ведении пациентов в междисциплинарном тандеме с врачами-дерматологами. Таким образом, автор принимала непосредственное участие в научно-исследовательской работе на всех этапах от планирования и разработки дизайна, проведения обследования и лечения, до статистической обработки, обобщения и публикации результатов исследования. Вклад автора является определяющим от начала проведения исследования до обсуждения результатов в научных публикациях и их внедрения в практику.

Теоретическая и практическая значимость работы

В настоящем исследовании решена актуальная для клинической психиатрии и дерматовенерологии междисциплинарная задача верификации клинической структуры и построения типологической дифференциации глоссалгии с учетом вклада как психопатологической, так и кожной составляющей обсуждаемого психосоматического симптомокомплекса. Теоретическая значимость исследования заключается в приведении доказательств принадлежности глоссалгического синдрома к спектру расстройств, ранжируемых в пределах континуума от психической патологии к соматической (дерматологической), при этом реализующихся в рамках психопатологических регистров различной тяжести – от невротического к психотическому. Показано, что при синдроме глоссалгии речь идет не о «локальном» заболевании, ограниченном полостью рта, но о психосоматическом симптомокомплексе, имеющем сложную клиническую структуру и сопровождающемся массивными «экстраоральными» проявлениями.

Практическая значимость исследования обусловлена решением актуальной для клинической психиатрии задачи типологизации синдрома глоссалгии, что позволяет осуществлять маршрутизацию больных с «синдромом горящего рта» от специалистов общемедицинской сети (дерматологов, стоматологов и пр.) к врачам-психиатрам. Разработанная типология синдрома, учитывающая структуру психопатологических расстройств в условиях наличия/отсутствия дерматологического заболевания, способствует реализации персонифицированного,

основанного на дифференцированном выборе психотропных/дерматотропных средств, подхода к выбору терапии.

Методология и методы исследования

Набор выборки исследования осуществлен в период с 2018 по 2022 гг. при междисциплинарном участии сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой – академик РАН А.Б. Смулевич) института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (ректор – академик РАН П.В. Глыбочко), отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии департамента здравоохранения г. Москвы – МНПЦДВК ДЗМ (руководитель – доктор медицинских наук, профессор Н.Н. Потекаев) и кафедры дерматовенерологии и косметологии (зав. кафедрой – проф. Л.С. Круглова) ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации – ЦГМА УДП РФ (ректор – к.м.н. Е.В. Есин).

Дизайн настоящего исследования предполагал проведение двух этапов: (I) сплошного клинико-эпидемиологического, направленного на определение распространенности глоссалгии на амбулаторном дерматологическом приеме врачей, специализирующихся на патологии полости рта (врачи-дерматологи отделения оказания специализированной медицинской помощи МНПЦДВК ДЗМ – к.м.н. А.В. Терещенко, А.Я. Джапуева); (II) психопатологического, нацеленного на верификацию характеристик глоссалгии в специально отобранной для этого клинической выборке пациентов, давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании, предполагающем консультацию врача-психиатра и невролога (д.м.н. И.В. Дамулин).

На I этапе исследования сплошная клинико-эпидемиологическая выборка составила 4567 пациентов (средний возраст – 57,3 года, 88% жен., 12% муж.), проконсультированных амбулаторно врачами-дерматологами по поводу жалоб, ассоциированных с патологией слизистой полости рта.

На II этапе исследования (психопатологическом) в результате комплексного клинического обследования из пациентов с глоссалгией, выявленных на I этапе и давших информированное согласие на консультацию психиатра, сформирована клиническая выборка, составившая 50 больных, состояние которых соответствовало диагностическим критериям глоссалгии. Пациенты клинической выборки на II этапе исследования сравнивались с группой популяционного контроля: 50 сопоставимых по полу и возрасту обследуемых без патологии кожного покрова и слизистых.

Критерии включения II этапа исследования (клиническая выборка):

Соответствие состояния комбинированным диагностическим критериям глоссалгии согласно МКБ-10 (глоссодиния – код K14.6) и классификации международной ассоциации по изучению боли (IASP):

- боль во рту, возникающая ежедневно больше 2 часов в день, сохраняющаяся в течение более 3 месяцев;
- телесные сенсации в полости рта, не объяснимые стоматологическими и/или дерматологическими/соматическими/неврологическими причинами (*sine materia*) **ЛИБО** верифицированная дерматологическая патология (безболевого формы КПЛ) L43.0 в МКБ-10), не объясняющая **полностью** природы и выраженности субъективных жалоб в проекции ротовой полости (*cum materia*).

Критерии невключения II этапа исследования (клиническая выборка):

- органические психические расстройства (F0 в МКБ-10);
- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F1 в МКБ-10);
- болевые (эрозивно-язвенная и буллезная) формы КПЛ (L43.1) слизистой рта, интенсивные боль и жжение при которых носят не функциональный характер, а являются облигатной составляющей – одним из симптомов – активного воспалительного дерматоза слизистой.

В результате комплексного анализа междисциплинарных данных, позволявших исключить/верифицировать кожную патологию, а также соматические/неврологические заболевания, сопровождающиеся патологическими

телесными сенсациями в полости рта, с учетом детального психиатрического обследования (анамнез, определение психического статуса, катамнестические сведения) осуществлялась синдромальная и нозологическая квалификация психопатологических феноменов.

Клиническое обследование дополнялось следующими психометрическими методиками:

- визуальная аналоговая шкала оценки боли: VAS [174];
- шкала PHQ-4 для самооценки выраженности тревоги (GAD-2) и депрессии (PHQ- 2) [103];
- опросник соматизированных расстройств SOMS-2 [215];
- шкала общего клинического впечатления CGI для оценки эффективности терапии [122];
- шкала оценки качества жизни EQ-5D (EQ-5D-3L) [134];
- шкала оценки качества сна Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [247];
- структурированный опросник личности SCID-II-PD (SCID-II Personality Disorder Traits) [220].

Все наблюдения, вошедшие в клиническую выборку, были представлены на междисциплинарном клиническом консилиуме с участием психиатров, дерматологов (сотрудников отдела клинической дерматовенерологии и косметологии – проф. А.Н. Львов, к.м.н. С.И. Бобко, асп. С.И. Артемьева), невролога (проф. И.В. Дамулин), проводимом под руководством академика РАН А.Б. Смулевича.

В исследовании применялись статистические методы обработки данных – параметрические (Стьюдента) и непараметрические (Пирсона, Манн-Уитни) критерии. Связь количественных показателей анализировалась с помощью коэффициентов корреляции Пирсона и Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы SPSS 27.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Положения, выносимые на защиту

1. Глоссалгический синдром – клинически гетерогенное психодерматологическое расстройство, представленное спектром нарушений, варьирующих от невротических до субпсихотических/психотических симптомокомплексов, способных манифестировать как независимо от заболеваний слизистой полости рта, так и в условиях коморбидной дерматологической патологии.

2. Глоссалгический синдром имеет бинарную психопатологическую структуру, в основе которой лежат «базисные» симптомы – телесные сенсации в полости рта, ассоциированные спроизводными идеаторными ипохондрическими расстройствами, соответствующей коэнестезиопатиям психопатологической структуры.

3. Лечение глоссалгического синдрома необходимо проводить дифференцированно и комплексно, инициируя психофармакотерапию «малым» нейрорептиком, заменяемым/дополняемым при необходимости комбинацией психотропных средств из других групп, в сочетании с местной дерматотропной терапией в зависимости от локального статуса.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология.

Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования, а именно пунктам 2 (Категориальный и дименсиональный подходы к классификации. Общая и частная психопатология); 3 (Общие патогенетические основы психической патологии, зависимости от психоактивных веществ и нехимических аддикций. Этиология и факторы риска. Роль нейрофизиологических, нейробиологических, генетических, молекулярно-биологических, иммунологических, токсикологических, патоморфологических, конституциональных, индивидуально психологических, психосоциальных и других факторов в патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических и наркологических заболеваний, сексуальных

расстройств); 4 (Клиника психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимических аддикций) паспорта специальности Психиатрия и наркология.

А также результаты проведенного исследования соответствуют паспорту специальности 3.1.23. Дерматовенерология, а именно пункту 3 (Вариабельность клинических проявлений дерматозов и ИППП. Изучение системных проявлений заболеваний кожи, ее придатков и ИППП. Связь поражений кожи с заболеваниями других органов и систем. Клинико-лабораторные параллели при кожных заболеваниях и ИППП).

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (психопатологического, психометрического, соматического, статистического), соответствующих поставленным задачам.

Основные результаты исследования были представлены на 19 конгрессе Европейского общества дерматологии и психиатрии (11-13 июня 2021 г., Лондон, Великобритания); III Всероссийской межвузовской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы» (19 марта 2021 г., Москва); Всероссийской научно-практической конференции стоматологической ассоциации России (21 сентября 2020 г., Москва), Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (17 мая 2019; 9 октября 2020 г., Москва); 18 конгрессе Европейского общества дерматологии и психиатрии (20-22 июня 2019 г., Гиссен, Германия), научно-практическая конференция молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» (2021 год, Москва). Апробация диссертации состоялась 16 января 2026 г. года на заседании кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Протокол апробации №1 от 16.01.2026 г.

Внедрение результатов диссертационного исследования в практику

Основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской диссертации Юзбашян Полины Георгиевны на тему «Глоссалгический синдром: психопатология, психодерматологические аспекты, типология и терапия» внедрены в лечебный процесс психотерапевтического отделения Университетской клинической больницы №3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Акт № 568 от 22.01.2025 г. Основные научные положения внедрены в учебный процесс кафедры Психиатрии и Психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) при изучении дисциплины «Психиатрия и медицинская психология» студентами, ординаторами, аспирантами по специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология. Акт № 574 от 22.01.2025 г.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 9 работ, в том числе 1 научная статья в журнале, включенном в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук; 2 статьи в изданиях, индексируемых в международных базах Scopus, PubMed, 2 иные публикации по результатам исследования, 4 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций (из них 2 зарубежные конференции).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 217 страницах машинописного текста (основной текст 191 страниц) и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы. Библиографический указатель содержит 262 наименований (из них отечественных – 92 иностранных – 170). Диссертация иллюстрирована 12 таблицами, 19 рисунками и 4 клиническими наблюдениями.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Дефиниция, эпидемиология и актуальность

Глоссалгия или синдром «горящего рта» (burning mouth syndrome) – расстройство, выражающееся патологическими ощущениями (боль, жжение, ощущение прокола, налета) на языке, губах, деснах, слизистой щек либо во всей полости рта, которые могут сочетаться с изменениями вкуса, парестезиями, дизестезиями, ксеростомией без клинически значимых изменений слизистой [118, 141]. В литературе термины «глоссодиния», «глоссопирроз», «неврогенный глоссит», «парестезия языка» часто приводятся как синонимичные понятию «глоссалгия» [12], однако в настоящей работе используется последний термин, поскольку именно «глоссалгия» рассматривается Е.С. Яворской [91] в диссертационном исследовании «Клиника, патогенез и лечение глоссодинии как висцеро-рефлекторного бульбарного синдрома» как самостоятельный симптомокомплекс функциональной природы. В свою очередь понятие «глоссодиния», по мнению автора, подразумевает органическое повреждение нервов языка, «стоматодиния» – зубов и/или десен, а «глоссопирроз» – слизистой языка.

Распространенность глоссалгии в населении по данным литературы колеблется от 0,6% до 15%, а заболеваемость составляет 11,4 случая на 100 000 человек в год [94]. Высокий разброс в частоте встречаемости глоссалгии объясняется, в первую очередь, широтой диагностических критериев в некоторых исследованиях (включением вторичных форм глоссалгии, вызванных системными заболеваниями или местными причинами, например, стоматологической/дерматологической патологией). Однако чаще глоссалгия трактуется как относительно редкое расстройство – в большинстве публикаций распространенность составляет 0,7%, что позволяет ряду авторов трактовать этот синдром как казуистический.

Глоссалгия чаще встречается среди женщин – гендерное соотношение составляет 7:2,5. При этом наблюдается высокая доля женщин в перименопаузальном периоде. Некоторые исследования приводят средний возраст заболевших – 59,4 года, с большой долей женщин в возрасте 70-79 лет [249].

Хотя глоссалгия формально относится к локализованным синдромам, однако согласно имеющимся данным, значительно влияет на качество жизни пациентов и приводит к существенной дезадаптации, что определяет актуальность обсуждаемого расстройства. Так, при глоссалгии обнаруживается значимое снижение качества жизни по сравнению с сопоставимой по возрасту и полу группой популяционного контроля (здоровые добровольцы [178]). В свою очередь по шкале качества жизни ОНПР-49 больные глоссалгией демонстрируют снижение данного показателя, сопоставимое с таковым при КПЛ и невралгии тройничного нерва [245].

Учитывая проблемы дифференциальной диагностики, связанные с тем, что глоссалгия напоминает проявления некоторых других заболеваний слизистой и поражений ЦНС, сохраняется необходимость отграничения расстройства от неврологических заболеваний (невралгии тройничного нерва), кожной патологии (лейкоплакии языка, язвенной и буллезной форм красного плоского лишая), системных заболеваний (железодефицитной анемии, сахарного диабета второго типа), патологии ЖКТ (гастроэзофагальный рефлюкс) и пр.

Роль психических расстройств в генезе глоссалгии остается изучена недостаточно. В некоторых источниках указывается, что треть пациентов с глоссалгией имеют коморбидные психические заболевания [135]. При этом требуют уточнения психопатологические характеристики глоссалгического синдрома, ассоциированного с психической патологией, поскольку в большинстве публикаций такие «первично психические» формы расстройства фактически предлагается дифференцировать методом исключения.

1.2. История изучения глоссалгии

Первым автором, описавшим патологические ощущения в области языка у больной с подозрением на опухоль полости рта, был Morgagni [187]. При этом в результате диагностического поиска онкопатология была исключена, а сенсации ассоциировались с воспалением гипертрофированных «крайних сосочков» языка.

Позднее длительную, интенсивную, хроническую боль в языке «без каких-либо видимых изменений слизистой» наблюдал А. Portal (1803 г.) [207]. Однако в работе автора фактически речь шла о глоссалгии как продромальном феномене инфекционной патологии: позднее у пациента развился сифилитический шанкр соответствующей локализации.

Собственно же термин «глоссалгия», по всей видимости, принадлежит Breschet и Finot, которые впервые представили его в «Словаре медицинских наук» Панкука [117] при перечислении болей в языке, включая случаи «идиопатической глоссалгии», которые исследователи рассматривали как поражения «неврологического характера неясной этиологии».

На протяжении XIX века глоссалгия трактовалась как патология, прежде всего ассоциированная с поражением черепно-мозговых нервов, однако сопровождающаяся психопатологическими феноменами ипохондрического круга. Так, Verneuil в 1836 году подчеркивал, что глоссалгия, хотя и представляет собой всего лишь разновидность невралгии, однако «причиняет не только физический дискомфорт, но и влияет на моральное состояние – пациенты начинают думать, что серьезно больны, например, раком языка» [260]. Соответственно, в качестве методов терапии глоссалгии в тот период рекомендовались седатики и спазмолитики, в целях устранения «нервного напряжения» [117].

Новый виток интереса к глоссалгии возник в двадцатых годах прошлого века после публикации M.F. Engman [139], в которой исследователем обобщено 11 наблюдений «первичной глоссалгии» (жжение языка при внешне неизменной слизистой). При этом автор подчеркивал, что общим симптомом для этих больных был «панический страх злокачественного новообразования языка», что, по мнению

исследователя, схоже с «идеями фикс», сопоставимыми со сверхценными образованиями.

1.3. Формализованные диагностические критерии глоссалгии

В литературе часто упоминаются диагностические критерии глоссалгии, предложенные Международной ассоциацией по изучению боли (IASP): болезненные ощущения на языке или других участках слизистой полости рта, персистирующие не меньше 4-6 месяцев ежедневно, не менее двух часов в день и, как правило, сопровождающиеся сухостью во рту и изменениями вкуса [183]. Однако, критерии глоссалгии, как самостоятельного расстройства, приводятся и в других классификациях – см. таблицу 1.

Таблица 1 – Диагностические критерии глоссалгии

Классификация	Диагностические критерии
Международная классификация головной боли ICHD-III-beta, 2013 [154]	1. Боль во рту проявляется ежедневно больше 2 часов в день более 3 месяцев. 2. Боль имеет следующие характеристики: а) дизестетическими ощущения жжения/горения во рту; б) ощущается поверхностно – ограничиваются слизистой оболочкой рта. 3. Слизистая оболочка полости рта без признаков патологических изменений; при клиническом обследовании показатели, в том числе чувствительность, в норме. 4. Ощущения не объясняются другим диагнозом ICHD-III.
Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) – K14.6	Ощущения во рту по типу жжения, печения, не объясняющиеся соматическими и/или стоматологическими причинами при клинически неизменной слизистой полости рта. Синдром жжения во рту может также включать субъективную ксеростомию (ощущение сухости во рту, причину которого нельзя найти, например, снижение слюноотделения), оральные парестезии (например, покалывание) и изменение вкуса или запаха (дисгевзия и дизосмия).
Международная классификация болезней (11 пересмотр) – DA0F.0	Хроническая орофациальная боль с жжением или дизестезией, которая сохраняется более двух часов в день в более чем половине дней в течение более трех месяцев, без явных органических повреждений слизистой. Сопровождается значительным эмоциональным дистрессом (тревога, гнев, деморализация, подавленность) или нарушением орофациальных функций, таких как прием пищи, зевание, речь и т.д. Диагноз корректен независимо от идентифицированных биологических или психологических факторов, если только другой диагноз лучше не объясняет имеющиеся симптомы.

1.4. Классификации глоссалгии

Общепринятая классификация глоссалгии до сих пор не разработана. Различные исследователи, предлагая собственные типологии, ориентируются на разные критерии: динамика заболевания, локализация ощущений, предполагаемая этиология.

Наиболее часто цитируемой на настоящее время в зарубежной литературе является типология, предложенная P.J. Lamey и M.A. Lewis [172], опирающаяся на суточную динамику заболевания и включающая три типа: (1) прогрессирующая боль с усилением к вечеру, (2) ежедневная боль постоянной интенсивности и (3) интерметтирующая боль, проявляющаяся эпизодически.

В свою очередь Е.С. Яворская [90] подразделяет глоссодинию на 6 подтипов в зависимости от локализации ощущений:

- 1) лингвально-мандибулярную (на языке и слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти);
- 2) мандибуло-максиллярную (на губах, слизистой альвеолярных отростков, небе);
- 3) максиллярную (на верхней челюсти);
- 4) глоссофарингеальную (на корне языка с распространением на глотку и пищевод);
- 5) фронтопарietальную (на коже лобной зоны с постепенным вовлечением теменного участка);
- 6) окципитальную (распространяющуюся с корня языка на затылочную область).

Таким образом, автор соотносит различные подтипы заболевания с поражениями конкретных челюстно-лицевых нервов без учета сопутствующей вегетативной дисфункции и психопатологических нарушений.

Лишь классификация, разработанная A. F. Spring в 1870 году [228], учитывает комплекс характеристик глоссалгии. Наряду с данными о локализации и особенностях патологических сенсаций, а также данных о наличии/отсутствии

сыпи на слизистой полости рта, поражении нервов, автором принимаются во внимание и сопутствующие психопатологические нарушения. Выделено пять типов глоссалгии (нервный, органопатический, дисгемический, невропатический, симпатический)¹.

Применительно к аспектам проблемы, на которых сфокусирован настоящий обзор, особенно следует отметить, что А.Ф. Spring выделял отдельную психопатологическую форму расстройства – «нервную» глоссалгию – и связывал патологические сенсации в полости рта с истерией и другими формами «неврозов», такими как меланхолия и мания. Однако данная классификация не используется современными исследователями, а психопатологические характеристики глоссалгии, хотя и упоминаются в некоторых исследованиях, но не служат основанием для типологизации расстройства.

Типологией, в наибольшей степени соотносимой с современными представлениями о дифференциации психосоматических синдромов [73], прежде всего с выделением патологии *sine materia* либо *cum materia*, представляется бинарная классификация, предложенная А. Scala и соавт. [257]. Авторы выделяют глоссалгию первичную (идеопатическую, без органической причины) и вторичную (обусловленную локальными или системными факторами). При этом указывается, что согласно клинко-эпидемиологическим данным локальные/системные воздействия наблюдаются в качестве этиологического фактора у большинства пациентов [112, 121], а исключение данных факторов приводит к улучшению состояния больных «вторичной глоссалгией» [110, 173]. В этом контексте тот факт, что терапия в части случаев не дает результатов, авторы объясняют «скрытыми необратимыми невропатическими повреждениями» [163], которые могут приводить к персистированию глоссалгии после исчезновения запускающих заболевание факторов. В свою очередь группу больных с «первичной глоссалгией»

¹ Органопатический и дисгемический типы обусловлены дерматозами слизистой полости рта и в отличие от остальных типов сопровождаются высыпаниями. Невропатическая глоссалгия рассматривается автором как проявление невралгии язычного нерва и характеризуется «сильной, покалывающей, жгучей болью, сопровождающейся слюнотечением». Симпатическая глоссалгия, обусловленная нарушением вегетативной иннервации, по дескриптивным характеристикам сходна с невропатической, однако отличается периодическими острыми приступами болей.

(встречающейся реже) авторы трактуют как лишенную отчетливых «этиологических факторов» и считают резистентной к терапии. Соответственно, А. Scala и соавт. трактуют глоссалгию как «специфический спектр» симптомов, локализованных в ротовой полости, возникающих в связи с активацией «нейропатических механизмов и их персистирования» как в результате воздействия неизвестных факторов («идиопатическая глоссалгия»), так и факторов установленных («вторичная глоссалгия»).

При этом исследователи не обсуждают возможную триггерную, но не этиологическую роль, факторов, «вызывающих», по их мнению, «вторичную глоссалгию» (см. анализ триггеров глоссалгии ниже – раздел «Провоцирующие глоссалгию факторы (триггеры)»). Соответственно, за рамками анализа авторов остается «почва», на которую влияют такие триггеры, а также психопатологические механизмы, определяющие персистирование ощущений в ротовой полости.

1.5. Провоцирующие глоссалгию факторы (триггеры)

В качестве факторов, провоцирующих возникновение глоссалгии, в доступной литературе упоминаются предшествующие возникновению боли локальные травмы (в том числе, в результате стоматологических вмешательств – в большинстве случаев установка протезов или операции на каналах зубов [145]), парафункциональные привычки (курение, ночной бруксизм [159]), а также склонность к катастрофизации соматических заболеваний и депрессивный аффект [241].

Роль психотравмирующих воздействий и других психологических факторов в манифестации глоссалгии остается малоизучена. Этот фактор анализируется в единичных исследованиях, а его участие в манифестации и развитии заболевания некоторыми авторами обсуждается лишь как гипотетическое [105].

Например, психогенные воздействия как провоцирующий фактор глоссалгии рассматриваются в публикации М. Takenoshita и соавт. (2010) [209], обобщающей

данные крупной выборки – 125 больных. Авторами установлено, что наряду с провоцирующим фактором в виде стоматологических манипуляций (в 38,9% случаев) у каждого десятого больного (10,3% случаев) заболевание манифестирует после психотравмирующего воздействия. Еще у 10,3% больных глоссалгия развивается в результате влияния других (не стоматологических) соматических триггеров, а у почти трети (36,5%) – начинается аутохтонно.

Кроме того, упоминается, что у некоторых пациентов «стресс» может не только провоцировать манифестацию глоссалгии, но и усиливать сенсации, выступая в качестве триггера последующих эскалаций [196].

При этом какие именно психотравмирующие воздействия способны провоцировать манифестацию/обострения глоссалгии и каковы психосоматические механизмы психогении в доступной литературе не обсуждается.

Роль патохарактерологической «почвы», предрасполагающей к формированию глоссалгического синдрома, остается изучена недостаточно, хотя некоторые указания относительно ее значимости (в плане патохарактерологических и соматопсихических особенностей) в доступных публикациях имеются.

Так, D.W. Montgomery и G.D. Culver в 1932 г. [185] проанализировали выборку из 32 пациентов, жалующихся на боли в языке, и выдвинули гипотезу о том, что существуют некая «язычная личность» («tongue personality»), которая трансформирует в «невыносимую боль» «обычное ощущение дискомфорта» на языке, встречающееся у значительного числа людей, но не переходящее в патологический феномен. Исследователи подчеркивали, что для подтверждения или опровержения данной гипотезы требуются дальнейшие исследования и более крупные выборки. Однако до сих пор подтверждения факта существования такой «специфической» личности при глоссалгии не получено, а в работах, затрагивающих эту проблему, приводятся противоречивые данные – упоминаются различные варианты характерологических аномалий. Исходя из этого, по всей вероятности, при глоссалгии вряд ли можно говорить о едином личностном преморбиде.

Кроме того, в большинстве публикаций для оценки расстройства личности (РЛ) используются психометрические шкалы и опросники, заполняемые самими

пациентами, т.е. «субъективные» (BFI [240], SCL-90-R [105], NEO Personality Inventory-Revised [100], TCI [236], Cattell's Anxiety Scale [130], SSP [164]), и лишь в немногих – личное структурированное клиническое интервью (например, SCID-II [199]). В указанных публикациях при глоссалгии по сравнению со здоровым контролем обнаруживается большая выраженность (тяжесть) таких личностных дименсий как «невротизм», «личностная тревожность», «избегание вредностей» при низких показателях «открытости», «экстраверсии», «поиска новизны» и «целеустремленности».

Различия в методологии оценки РЛ могут влиять в свою очередь на частотные показатели. Так, в исследовании G. Maina и соавт. [199] обнаружена статистически значимо более высокая распространенность категориальных расстройств личности среди пациентов с глоссалгией, по сравнению с таковой в общей популяции. При этом, как минимум одно РЛ диагностировано в 85,7% случаев против 17,1% в контроле. В свою очередь среди больных глоссалгией 37,1% пациентов обнаружили более одного РЛ, чего не было зафиксировано в контроле (0%).

При этом лишь в исследовании G. Maina и соавт. [199] приводятся данные о накоплении при глоссалгии категориальных РЛ того или иного кластера (категориального типа), а также поднимается вопрос о взаимосвязи между категориальными расстройствами личности и глоссалгией. Наиболее частыми расстройствами личности в выборке по сравнению со здоровым контролем оказались РЛ кластера А – 31,4% против 1,4% (среди которых преобладало шизотипическое – 25,7% против 1,4%) и кластера С – 42,8% против 12,8% (с преобладанием обсессивно-компульсивного – 30% против 1,4%). В свою очередь частота встречаемости РЛ кластера В значимо не отличалась в выборке больных с глоссалгией по сравнению со здоровым контролем (12,8% против 4,3%), однако при сопоставлении с группой больных с другими СФР, РЛ кластера В встречались значимо реже (12,8% против 35,7%).

Для интерпретации полученных результатов авторы выдвигают две гипотезы. Согласно первой, расстройства личности трактуются как

предрасполагающие к появлению глоссалгии факторы. Согласно второй гипотезе, имеет место динамика расстройств личности, спровоцированная хроническим течением глоссалгии (диатез-стресс модель). Однако исследователи подчеркивают, что для уточнения взаимозависимости расстройств личности и глоссалгии требуются лонгитудинальные исследования. При этом стоит отметить, что в данное исследование не включались больные шизофренией или аффективными заболеваниями (расстройства по оси I), при которых также наблюдается синдром глоссалгии, что могло повлиять на соотношение различных типов РЛ.

Связь глоссалгии одновременно с личностными дименсиями и патологией по оси I на модели депрессии проанализирована в единственном посвященном этой проблеме исследовании, выполненном Т.Т.Н. Ту и соавт. [200]. В выборке, состоящей из 248 больных глоссалгией, авторы продемонстрировали, что пациенты с депрессией в анамнезе, страдающие от более тяжелой глоссалгии по сравнению с больными без депрессии, также отличались более высокой тяжестью центральной сенситизации, а кроме того, набрали более высокие баллы по такой личностной дименсии, как «невротизм», и более низкие по «экстраверсии» и «открытости опыту». Анализируя связь личностных дименсий с дименсиями боли, авторы обнаружили, что более высокий уровень невротизма в сочетании с депрессией в анамнезе приводят к более высокому уровню аффективного измерения боли, в то время как более высокий уровень сенсорного измерения и интенсивности боли наблюдаются у лиц без депрессии в анамнезе. Исходя из этого, исследователи резюмируют, что пациенты с коморбидной глоссалгией депрессией и высоким уровнем невротизма, по всей видимости, «воспринимают боль как аффективное расстройство», т.е. личностные характеристики влияют на субъективное восприятие такого болевого синдрома как глоссалгия в свете коморбидного аффективного заболевания. Соответственно, авторы приходят к выводу о необходимости комплексной оценки больных глоссалгией с учетом характеристик болевого синдрома, личностных дименсий (ось II) и психопатологических расстройств (ось I), а также изучении закономерностей ассоциации этих трех параметров друг с другом. При этом данные об ассоциации РЛ, глоссалгии и других

заболеваний по оси I (например, с тревожными и соматоформными расстройствами) в доступной литературе не приводятся.

Необходимо отметить, что ни в одном из доступных исследований не обсуждалось соотношение разных типов категориальных РЛ и вариантов глоссалгического синдрома. В самом крупном по числу участников исследовании G. Maina и соавт. [199], посвященном проблеме глоссалгии и категориальных РЛ (70 больных), цитированном выше, из выборки исключались пациенты, имевшие любые высыпания на слизистой полости рта, коморбидные соматоформные расстройства любой иной локализации, а также больные с психотическими симптомами. Соответственно, учитывались лишь случаи изолированного «невротического» варианта глоссалгического синдрома.

1.6. Коморбидность глоссалгии и психических расстройств

Лишь в небольшом числе исследований обсуждаются психические нарушения, коморбидные глоссалгии. Среди таковых, прежде всего, выделяются депрессия и тревога [217], а также инсомния [239]. В различных исследованиях, выполненных с помощью психометрических методик (HADS, STAI, HAM-D, BDI, BAI) частота тревоги при обсуждаемом расстройстве варьирует от 45,9% до 53,9%, а депрессии от 29,4% до 43% [165]. В работах, сравнивавших распространенность депрессии у пациентов с глоссалгией и здоровой контрольной группой, было показано, что частота аффективной патологии при обсуждаемом расстройстве значимо выше, чем в группе сравнения (44% против 16%) [238].

В работе de Souza [210] была выявлена большая распространенность как текущего большого депрессивного расстройства (46,7% против 12,9%), так и депрессии в анамнезе (56,7% против 22,6%) по сравнению с общей популяцией. Среди тревожных расстройств авторы выделяют генерализованное тревожное (36,7%) и ипохондрическое расстройства (20%), как наиболее часто встречающиеся при глоссалгии. В исследованиях, использовавших клиническое интервью, было

выявлено, что более, чем 20% пациентов страдают канцерофобией, в основном в связи с опасениями онкологической патологии языка или глотки [126].

При этом анализ соотношений собственно ощущений в ротовой полости и сопряженных психопатологических феноменов, как правило, не приводится.

Частота бессонницы при глоссалгии по данным литературы варьирует в пределах 66,7-81,5% [106]. При этом по данным D. Adamo [239] низкое качество сна (≥ 5 баллов по шкале PSQI – Питсбургский индекс качества сна) в выборке 204 больных глоссалгией наблюдается в 78,8% случаев (160 наблюдений). При этом направление связи инсомнии с глоссалгией и психическими расстройствами анализируется лишь в единичных исследованиях. Так, в процитированной выше работе [213] корреляционный анализ показал, что интенсивность боли по опроснику NRS (числовая рейтинговая шкала боли) слабо связана с качеством сна по PSQI. Значение коэффициента корреляции Пирсона составило 0,162, хотя связь оказалась статистически значимой ($p = 0,021$). Напротив, значительную положительную корреляцию с выраженностью инсомнии обнаружили депрессия и тревога, измеренные по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона (HAM-D и HAM-A соответственно). Коэффициент корреляции Пирсона составил 0,570 для PSQI и HAM-D ($p < 0,001$) и 0,549 для PSQI и HAM-A ($p < 0,001$). Таким образом, согласно результатам указанной публикации, инсомния при глоссалгии коррелирует не столько с интенсивностью боли, сколько с выраженностью депрессии и тревоги. В свою очередь, возможная ассоциация с другими психическими расстройствами, прежде всего, соматизированными (соматоформными) остается не исследована.

С позиций концепции коморбидности также анализируется ассоциация глоссалгии с другими психическими заболеваниями, включая эндогенно-процессуальную патологию. Так, в исследовании M. Takenoshita и соавт. (2010) [209] частота шизофрении при глоссалгии составила 4,8%, что приблизительно в 4 раза выше, чем в популяции. При этом согласно данным авторов большая часть случаев (4% из 4,8%) приходится на ценестетическую форму заболевания, т.е. проявляющуюся «псевдосоматическими» симптомами в структуре

ипохондрического синдрома (синдром эндоформных соматизированных расстройств по А.Б. Смулевичу [76]).

Наряду с шизофренией М. Takenoshita и соавт. (2010) обнаруживают у больных глоссалгией высокую частоту депрессий – 28% (в основном депрессивный эпизод – 20,8%) и соматоформных расстройств – 24,8% (в основном – СФР БДУ). Авторы приходят к выводу, что психиатрические диагнозы при глоссалгии значительно варьируют.

Таким образом, согласно данным литературы глоссалгия коморбидна широкому кругу психических расстройств, распространенность которых в обсуждаемом контингенте больных не только значительна, но статистически значимо превышает соответствующие показатели в населении. При этом приводимые различными исследователями данные в значительной степени противоречивы: в одних случаях речь идет о преобладании анксиозной и/или депрессивной симптоматики, в других – соматоформных расстройств либо расстройств личности пр. При этом данные о частоте патологии шизофренического спектра при глоссодии остаются ограничены единичными работами. Кроме того, квалификация глоссалгии не как коморбидного психическим нарушениям расстройства, но как синдрома при психических заболеваниях различного генеза, в клинко-эпидемиологических исследованиях, представленных выше, не осуществляется. Психопатологическая характеристика глоссалгического синдрома в условиях шизофренического процесса либо патологии шизофренического спектра исследователями также не приводится.

1.7. Психопатология и клиническая квалификация глоссалгии

В немногочисленных публикациях [181], трактующих глоссалгию как психопатологическое расстройство, синдром рассматривается как функциональный – соматизированное расстройство невротического уровня. В доступной литературе, как правило, приводятся характеристики, соответствующие

картине органичного невроза [59] – симптомокомплекса, определяющегося ассоциацией патологических телесных ощущений, персистирующих в пределах топической проекции одного органа/системы (здесь – слизистой полости рта), и «соматовегетативного комплекса» (проявления вегетативной дисфункции) без объективно обнаруживаемых патологических изменений слизистой.

В пользу такой трактовки наряду с соответствием состояния диагностическим критериями СФР согласно DSM и/или МКБ приводится ряд дополнительных соображений. Так, в исследовании Van der Ploeg и соавт. [212] сообщается о более высокой частоте соматизированных реакций у пациентов с глоссалгией. (По результатам оценки с помощью шкалы соматизированного реагирования на стресс – SRQ, больные глоссалгией набрали в среднем 8,4 балла против 3,9 в контрольной группе здоровых испытуемых).

Некоторые авторы описывают высокую (96,1%) встречаемость соматизированных расстройств вне полости рта у пациентов с глоссалгией, среди которых наблюдаются болевые синдромы в других областях тела, псевдоаллергический ринит, псевдоневрологическая симптоматика (в частности, парестезии), гастроинтестинальные жалобы (синдром раздраженного кишечника), а также гипервентиляционный синдром [256].

Сходство глоссалгии и соматоформных расстройств, по мнению некоторых авторов [217], подтверждается также рядом косвенных признаков, например, сопоставимой распространенностью тревоги и депрессии у пациентов с глоссалгией и другими соматоформными расстройствами, в том числе, хроническим болевым расстройством ($p = 0,15$). В единичных исследованиях сравнивалась распространенность расстройств личности у пациентов с глоссалгией и другими соматоформными расстройствами, что также трактовалось как доказательство принадлежности глоссалгии к СФР. Так, согласно результатам цитированной выше работы G. Maina частота расстройств личности у пациентов с глоссалгией соответствует частоте РЛ у пациентов с другими соматоформными расстройствами (85,7% и 88,6% соответственно).

Однако наряду с патологией невротического круга согласно некоторым сведениям глоссалгия может манифестировать в пределах расстройств более тяжелых психопатологических регистров [180, 182, 211].

Так, в исследовании G. Hampf и соавт. [211] анализировалось состояние 54 пациентов с орофациальной дизестезией, включавших больных глоссалгией, сочетающейся с атипичной лицевой болью и «географическим языком». У 35% больных при обследовании психиатром состояние квалифицировалось как психотическое в рамках паранойи, шизофрении, атипичного психоза. Однако анализа психопатологической структуры синдрома и соотношений глоссалгии с другими психопатологическими феноменами авторами исследования не приводится.

Также в работе F.T. de Souza и соавт. [210] в выборке из 30 больных глоссалгией состояние двух из них (6,7%) также квалифицировано как психотическое, однако более подробного описания симптоматики не приведено.

Исследование A.E. Kossioni и соавт. [169] посвящено анализу выборки психически больных пожилого и старческого возраста, которые жаловались на симптомы со стороны слизистой полости рта. В работе было установлено, что у 16,7% пациентов с психотическими расстройствами выявляется симптоматика глоссалгического синдрома. Однако данное исследование в основном сосредоточено на пациентах с депрессивным расстройством и деменцией, поэтому детальных описаний психотических больных не приводится, а наиболее тяжелые формы психозов в выборку не включались.

В свою очередь психопатология глоссалгии в структуре расстройств психотического регистра обсуждается лишь в некоторых публикациях, представляющих собой описания отдельных случаев.

Например, в публикации J.J. Marbach «Фантомный прикус» [180] автор приводит описания глоссалгии, сопровождающейся бредовой убежденностью в неправильности прикуса, ассоциированной с болями как на слизистой полости рта, так и в области височно-нижнечелюстного сустава и костей челюсти, а также тягостным ощущением общего телесного неблагополучия. J.J. Marbach трактует

такую глоссалгию как психотическую и квалифицирует в качестве проявления шизофренического процесса.

А. McGirr и соавт. [182] описали случай резистентной к терапии глоссодинии, по всей вероятности, возникшей в рамках аффективного заболевания. У пациентки симптомокомплекс манифестировал после антибиотикотерапии по поводу боли в горле, которая распространилась на загрудинную область и иррадиировала на язык и небо, приобрела режущий и жгучий характер, перешла на мышцы и кости челюсти. Интенсивная боль мешала ей говорить, принимать пищу, нарушала сон. Пациентка была вынуждена уволиться с работы, в состоянии острой тревоги постоянно обращалась за экстренной медицинской помощью. Болевой синдром сопровождался депрессивным аффектом и значительной потерей массы тела (более 10% ИМТ за 6 мес), на основании чего авторы исследования диагностировали коморбидную тяжелому СФР депрессию с психотическими симптомами. При этом высокую эффективность (снижение интенсивности боли по шкале VAS с 10 до 2 баллов) в отношении симптомокомплекса, обнаружившего резистентность к нескольким курсам психофармакотерапии антипсихотиками, нормотимиками и антидепрессантами, показало применение ЭСТ, позволившее добиться ремиссии, что также косвенно подтверждает принадлежность симптомокомплекса к патологии депрессивного спектра.

Описание глоссалгии, коморбидной бредовому расстройству, вероятно, в рамках инициального периода органической патологии головного мозга приводится в исследовании К. Ukaі и соавт. [136]. В работе проанализирован анамнез семидесятилетней женщины, которая в течение нескольких лет испытывала постоянную боль в полости рта: на языке, губах, а также «странные», вычурные ощущения («слабость» зубов, чувство «воткнутых в слизистую игл»). К последним в дальнейшем присоединились бредовые расстройства с фабулой бреда ущерба (например, больная заявляла, что невестка крадет ее вещи, выкапывает цветы из клумбы и пр.).

Таким образом, глоссалгия в структуре психической патологии психотического регистра представлена в доступной литературе единичными

наблюдениями. Соответственно, проблема психопатологии и нозологии такой формы синдрома остается малоисследована.

1.8. Соотношение глоссалгии и дерматологической патологии полости рта

Необходимо также подчеркнуть, что в отличие от квалификации глоссалгии как психического заболевания (невротического либо психотического регистра), проявляющегося жалобами в полости рта при здоровой слизистой, в ряде исследований [94, 216] приводятся данные, указывающие на возможность манифестации симптомов глоссалгии (боли, жжения, печения, покалывания, стянутости) при дерматозах полости рта. В этих случаях глоссалгия выступает чаще всего в виде продромального феномена, на начальных этапах дерматозов, незадолго (несколько дней) до появления первичных элементов сыпи. Как правило, в контексте проявлений такой глоссалгии рассматривается КПЛ² полости рта. Однако, наряду с продромальными глоссалгическими феноменами, также упоминается о возможности сочетания КПЛ с сенсациями, сопоставимыми с глоссалгией, и наблюдающимися на активных этапах течения дерматоза в сочетании с объективно регистрируемыми высыпаниями [3]. При этом, о каких формах КПЛ идет речь, а также как объективно определяемые высыпания соотносятся с телесными сенсациями в полости рта, в проанализированных публикациях практически не обсуждается.

В доступной литературе КПЛ рассматривается как аутоиммунное заболевание слизистой неустановленной этиологии. Многими авторами упоминаются стоматологические вмешательства как триггер, провоцирующий начало заболевания (как и при глоссалгии *sine materia* – см. выше), в частности, особое внимание уделяется аллергической природе КПЛ, как реакции на

² Красный плоский лишай – воспалительное заболевание кожи и слизистых неустановленной этиологии. Чаще поражается слизистая рта, однако также могут быть затронуты слизистые гениталий, пищевода, конъюнктивы и придатки кожи (например, волосы на голове и ногти). Может быть вовлечена одна или несколько областей, одновременно или последовательно [205]. КПЛ полости рта подразделяются на несколько типов: простой, ретикулярный, гиперкератотический, эрозивно-язвенный и буллезный.

стоматологические материалы – амальгаму, никель, кобальт и т.д. [162]. Однако, несмотря на предшествующие появлению заболевания стоматологические вмешательства, исследования, использующие аллергологические патч-тесты не находят достоверных доказательств этой гипотезы [101]. В контексте стоматологических вмешательств как провоцирующих факторов КПЛ рассматривается также феномен Кебнера [190] – возникновение характерных для КПЛ высыпаний в ответ на травматизацию слизистой.

Имеются лишь единичные данные литературы, в соответствии с которыми при некоторых формах КПЛ могут наблюдаться патологические телесные сенсации, аналогичные таковым у пациентов с глоссалгией без высыпаний на слизистой, т.е. предположительно речь может идти о патологии *sum materia* [59].

Так, в исследовании D. Adamo и соавт. [179] проводилось сравнение четырех групп больных: (1) ретикулярной формой КПЛ и жалобами на боль в полости рта («симптоматический» КПЛ); (2) ретикулярной формой КПЛ без субъективных ощущений («бессимптомный» КПЛ); (3) глоссалгией; (4) группой здорового контроля. Все испытуемые были обследованы дерматологами, а также с помощью психометрических методик для оценки тревоги, депрессии и интенсивности боли. Согласно результатам работы, медианные значения тревоги депрессии и интенсивности боли оказались сопоставимы в группах больных с «симптоматическим» КПЛ и глоссалгией. При этом данные показатели были значимо ниже в группах «бессимптомного» КПЛ и здорового контроля. Авторы приходят к выводу о том, что депрессия и тревога (оцененные психометрически) оказывают значительное влияние на интенсивность ощущений и предполагают, что КПЛ и глоссалгия могут возникать у одного и того же больного, т.е. фактически представлять собой патологию *sum materia*.

В последующей работе той же исследовательской группы [179] в выборке из 28 больных приводятся некоторые особенности «симптоматической» ретикулярной формы КПЛ (с симметричными высыпаниями на слизистой щек, десен и твердого неба по типу «фиброзной сетки Уикхема», т.е. без язвенного поражения слизистой), сочетающейся с глоссалгией, при которой с патогенетической точки зрения

болевые сенсации возникать не должны. Критериями включения в исследование служили неэффективность местной терапии КПЛ (в плане редукции ощущений), а также дескриптивные характеристики сенсаций, сходные с таковыми при глоссалгии без высыпаний на слизистой. Преимуществом исследования является тот факт, что диагноз КПЛ подтверждался с помощью биопсии слизистой.

В результате исследования авторами установлено, что субъективные жалобы на жжение, печение и болезненность слизистой не совпадают с локализацией высыпаний: у 82,1% пациентов сенсации распространяются по всей полости рта, у 17,9% персистируют исключительно на языке. При местном воздействии (инстилляции раствором клоназепама) терапия оказалась малоэффективна, тогда как системное применение психотропных средств в течение 6 месяцев привело к значимому снижению интенсивности болевых ощущений у всех получавших системную терапию пациентов (см. описание результатов терапевтического исследования авторов ниже – в разделе «Терапия глоссалгии»).

На основании несоответствия локализации ощущений проекции высыпаний на слизистой, а также неэффективности дерматотропной и локальной (клоназепам) терапии, авторы делают вывод о том, что патологические сенсации не связаны напрямую с заболеванием слизистой, а являются психосоматическим феноменом. Подчеркивается возможная коморбидность глоссалгии и некоторых форм КПЛ (здесь – ретикулярной) как двух параллельно текущих заболеваний. Однако исследователи не анализируют особенности психосоматических соотношений (характеристики сенсаций при таких сочетанных формах, особенности КПЛ, закономерности взаимного влияния КПЛ и глоссалгии и пр.), хотя и указывают на необходимость дальнейших исследований более крупных выборок.

К сходным выводам приходят J. Alberdi-Navarro и соавт. [97], которые ретроспективно проанализировали 217 пациентов с лихеноидными высыпаниями в полости рта (КПЛ и лихеноидные реакции). В обследованной выборке исследователи обнаружили лишь 4 случая (распространённость – 2%), в которых боль имела жгущий характер, возникала в основном днем, длилась более 6 месяцев и не совпадала с топической проекцией высыпаний, т.е. соответствовала критериям

глоссалгии. Авторы выдвигают гипотезу о том, что в некоторых – казуистических – наблюдениях КПЛ или лихеноидные реакции в полости рта могут быть коморбидны глоссалгии. К характеристикам такого сочетанного феномена исследователи относят: затяжной характер коэнестезиопатий; дискрептивные характеристики ощущений (боль, жжение), не свойственные «безболевым» формам КПЛ, сенсации при которых ограничиваются стягиванием/сухостью; несовпадение локализации высыпаний и сенсопатий; возникновение/возобновление ощущений вслед за воздействием «дистресса» – психотравмирующих событий; отсутствие ответа на стандартную дерматотропную терапию. При этом в работе подчеркивается, что лечение таких состояний должно быть направлено как на редукцию сыпи, так и на облегчение боли.

Таким образом, несмотря на то, что глоссалгический синдром имеет длительную историю изучения и продолжает оставаться объектом анализа исследователей различных медицинских специальностей, включая стоматологов [15, 86], дерматологов [82], гастроэнтерологов [21], неврологов [84], фокусирующихся на соответствующих аспектах обсуждаемого симптомокомплекса, до настоящего времени сохраняется ряд вопросов, нуждающихся в уточнении с междисциплинарных (здесь – психодерматологических) позиций. Требуется анализа весь спектр как психической (с учетом психопатологического регистра), так и дерматологической патологии, наблюдающейся у пациентов с этим «локальным» синдромом. Не разработана учитывающая психопатологические характеристики типологическая дифференциация синдрома. Остается открытым вопрос о роли преморбидных и триггерных факторов в манифестации и развитии обсуждаемого расстройства. Также недостаточно изучен вклад в формирование клинических проявлений глоссалгии объективно диагностируемых дерматозов слизистой полости рта.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

Набор материала исследования осуществлен в период с 2019 по 2023 гг. при междисциплинарном участии сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой – академик РАН А.Б. Смулевич) института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (ректор – академик РАН П.В. Глыбочко), отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно- практического центра дерматовенерологии и косметологии департамента здравоохранения г. Москвы – МНПЦДВК ДЗМ (руководитель – профессор Н.Н. Потекаев) и кафедры дерматовенерологии и косметологии (зав. кафедрой – проф. Л.С. Круглова) ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации (ректор – к.м.н. Е.В. Есин). Дизайн настоящего исследования предполагал проведение двух этапов: (I) клинико-эпидемиологического, направленного на определение распространенности глоссалгии среди пациентов с патологией ротовой полости на амбулаторном дерматологическом приеме врачей, специализирующихся на патологии полости рта, и (II) психопатологического, нацеленного на верификацию основных психосоматических характеристик глоссалгии в специально отобранной для этого клинической выборке пациентов, давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании, предполагающем консультацию врача-психиатра.

Первый (I) этап включал анализ частоты глоссалгии среди пациентов дерматологической клиники, последовательно обращавшихся в отдел оказания специализированной медицинской помощи Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ (зав. отделом – Л.С. Анохина, зав. филиала – В.А. Петров) в течение года с января 2019 г. по декабрь 2019 г.

включительно. Процедура этого этапа представляла собой анализ базы данных регистрационной системы учета пациентов МНПЦДВК ДЗМ. Критерием отбора служил диагноз, предполагающий наличие жалоб, ассоциированных с патологией слизистой полости рта и красной каймы губ, по поводу чего больные консультировались у дерматологов, специализирующихся на дерматозах соответствующей локализации. В выборку включались только первичные пациенты, повторные визиты не учитывались.

Дерматологическое обследование проводилось сотрудниками отдела оказания специализированной медицинской помощи Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, врачами-дерматологами, специализирующимися на заболеваниях слизистой полости рта и красной каймы губ (к.м.н. А.В. Терещенко, врач А.Я. Джапуева). Применялись рутинные методы, предусмотренные стандартом оказания амбулаторно-поликлинической помощи в связи с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (сбор анамнеза, визуальное обследование, пальпация органов полости рта, гальванометрия, микробиологическое исследование на кандидоз), дополнявшиеся при необходимости цитологическими исследованиями отделяемого и биопсией слизистой.

В процессе такого обследования осуществлялась дифференциальная диагностика глоссалгии с лихеноидными заболеваниями, патологией инфекционного генеза, а также с онкологическими и предраковыми состояниями слизистой, пузырьными дерматозами полости рта.

Набор материала на I этапе исследования проводился согласно разработанным критериям включения/невключения согласно диагнозу дерматологического/соматического заболевания.

Критерии включения I этапа исследования:

1. Возраст пациентов от 18 до 85 лет.
2. Верифицированный диагноз патологии слизистой полости рта и красной каймы губ:
 - красный плоский лишай (L43 по МКБ-10);

- пузырьные дерматозы, в том числе пузырчатка (L10.9 по МКБ-10), буллезный пемфигоид (L12.0 по МКБ-10), многоформная эксудативная эритема (L51.1 по МКБ-10);
- стоматиты (K12 по МКБ-10), в том числе афтозный, герпетический, аллергический;
- онкологические и предраковые состояния слизистой оболочки полости рта, в том числе лейкоплакия (K13.2 по МКБ-10), болезнь Боуэна (D04 по МКБ-10), эритроплазия Кейра (D07.4. по МКБ-10);
- глоссалгия/глоссодиния (K14.6 по МКБ-10).

Критерии не включения I этапа исследования:

1. Возраст пациентов младше 18 и старше 85 лет.
2. Верифицированный диагноз системной ревматологической и инфекционной патологии с вовлечением слизистой полости рта и красной каймы губ:
 - системная красная волчанка (M32 по МКБ-10), склеродермия (L94 по МКБ-10);
 - ВИЧ-инфекция (B20-B24 по МКБ-10), сифилитическая инфекция (A53 по МКБ-10), туберкулез слизистой (K13.4 по МКБ-10).

Сплошная выборка клинико-эпидемиологического этапа исследования составила 4567 пациентов (12% мужчин, 88% женщин, средний возраст – 57,3 года), проконсультированных амбулаторно врачами-дерматологами по поводу жалоб, ассоциированных с патологией ротовой полости. Распределение больных согласно диагнозу дерматологического заболевания представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение больных на клинико-эпидемиологическом (I) этапе исследования согласно диагнозу дерматологического заболевания

Диагноз	n, набл. (%)
Красный плоский лишай	1553 (34,0%)
Глоссалгия/глоссодиния («вегетоневроз слизистой»)	1051 (23,0%)
Пузырные дерматозы (пузырчатка, буллезный пемфигоид, многоформная эксудативная эритема)	776 (17,0%)
Стоматиты (афтозный, герпетический, аллергический)	411 (9,0%)

Продолжение таблицы 2

Диагноз	n, набл. (%)
Предраковые и онкологические заболевания слизистой полости рта и красной каймы губ	548 (12,0%)
Хейлиты	228 (5,0%)
Всего	4567 (100%)

Согласно представленным в таблице данным, частота глоссалгии трактуемой с психодерматологических позиций как «вегетативный невроз» (соматоформное расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – F45.3 – в терминологии МКБ-10 для психических расстройств), среди пациентов на амбулаторном приеме дерматологов, специализирующихся на заболеваниях слизистой рта и красной каймы губ, составляет 23,0%. Это соотносится с данными о распространенности соматоформных расстройств в амбулаторной соматической сети (поликлиника, первичная медицинская практика) – от 16,1 % до 22,9% [40, 79, 226, 227, 248].

На II этапе исследования (психопатологическом) в результате комплексного клинического обследования из пациентов с глоссалгией, выявленных на I этапе и давших информированное согласие на консультацию психиатра, была сформирована клиническая выборка, составившая 50 пациентов, состояние которых соответствовало диагностическим критериям глоссалгии.

Учитывая тот факт, что на I этапе исследования скрининг выявил 1051 (23%) пациентов с глоссалгией («вегетоневрозом слизистой»), а в клиническую выборку, детально обследованную психиатром, было включено 50 больных, с целью обоснования репрезентативности пациенты клинической выборки II этапа исследования (50 набл.) сравнивались с больными I этапа исследования, позитивно скринированными как страдающие глоссалгией (1051 набл.).

С целью оценки степени дезадаптации и ключевых психометрических показателей, отражающих морбидность и негативное влияние изучаемого синдрома на уровень адаптации, больные клинической выборки также сравнивались по ряду формализованных показателей с группой популяционного

контроля: 50 сопоставимых по полу и возрасту испытуемых без патологии кожного покрова и слизистых (см. ниже).

Набор в клиническую выборку на II этапе осуществлялся в соответствии с критериями включения/невключения.

Критерии включения II этапа исследования (клиническая выборка):

1. Соответствие состояния комбинированным диагностическим критериям глоссалгии согласно МКБ-10 (глоссодиния – код K14.6) и классификации международной ассоциации по изучению боли (IASP):

– боль во рту, возникающая ежедневно больше 2 часов в день, сохраняющаяся в течение более 3 месяцев;

– телесные сенсации в полости рта, не объяснимые стоматологическими и/или дерматологическими/соматическими/неврологическими причинами (*sine materia*) **ЛИБО** верифицированная дерматологическая патология (безболевого формы КПЛ – L43.0 в МКБ-10), не объясняющая **полностью** природы и выраженности субъективных жалоб (*cum materia*).

Критерии неключения II этапа исследования (клиническая выборка):

1. Органические психические расстройства (F0 в МКБ-10).

2. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F1 в МКБ-10).

3. Болевые (эрозивно-язвенная и буллезная) формы КПЛ (L43.1) слизистой рта, интенсивные боль и жжение при которых носят не функциональный характер, а являются облигатной составляющей – одним из симптомов дерматоза слизистой.

2.2. Методы исследования

Все наблюдения, вошедшие в клиническую выборку, были представлены на междисциплинарном клиническом консилиуме с участием психиатров, сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого МГМУ имени И.М.

Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); дерматологов, сотрудников отдела клинической дерматовенерологии и косметологии МНПЦДВК ДЗМ либо кафедры дерматологии и косметологии ЦГМА УДП (проф. А.Н. Львов, к.м.н. А.В. Миченко), а также врача-невролога (проф. И.В. Дамулин), проводимом под руководством академика РАН А.Б. Смулевича.

В результате комплексного анализа междисциплинарных данных, позволявших исключить/верифицировать кожную патологию, а также соматические/неврологические заболевания, сопровождающиеся патологическими телесными сенсациями в полости рта, с учетом детального психиатрического обследования (анамнез, квалификация психического статуса, катамнестические сведения) осуществлялась синдромальная и нозологическая квалификация психопатологических феноменов.

Клиническое обследование дополнялось следующими психометрическими методиками:

- визуальная аналоговая шкала оценки боли: VAS [174];
- шкала PHQ-4 для самооценки выраженности тревоги (GAD-2) и депрессии (PHQ-2) [103];
- опросник соматизированных расстройств SOMS-2 [208];
- шкала общего клинического впечатления CGI для оценки эффективности терапии [122];
- шкала оценки качества жизни EQ-5D (EQ-5D-3L) [134];
- шкала оценки качества сна Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [247];
- структурированный опросник личности SCID-II-PD (SCID-II for Personality Disorder Traits) [220].

В исследовании применялись статистические методы обработки данных – параметрические (Стьюдента) и непараметрические (Пирсона, Манн-Уитни) критерии. Связь количественных показателей анализировалась с помощью коэффициентов корреляции Пирсона и Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы SPSS 27.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

2.3. Социо-демографическая характеристика клинической выборки

В клиническую выборку вошли 50 больных глоссалгией (45 женщин и 5 мужчин). Гендерное распределение пациентов клинической выборки больных глоссалгией характеризовалось преобладанием женщин (90% женщин и 10% мужчин), что согласуется с данными литературы о гендерном распределении при глоссалгии [249].

Средний возраст больных в клинической выборке составил $56,6 \pm 16,6$ лет. В изученной выборке больных глоссалгией явно преобладает возрастная группа пациентов старше 55 лет (64%), причем наибольшее количество пациентов находятся в промежутке от 56 до 65 лет, пациентов старше 75 и моложе 30 в выборке – 4% и 8% соответственно. Такое возрастное распределение больных с глоссалгией соответствует данным литературы, согласно которым средний возраст заболевших – 59,4 года, с большой долей женщин в возрасте 70-79 лет [249].

Продолжая характеристику клинической выборки исследования, необходимо подчеркнуть следующее. В процессе проведения I этапа исследования (клинико-эпидемиологического) в результате сплошного анализа больных, обратившихся на амбулаторный прием к врачам-дерматологам в связи с патологией ротовой полости и красной каймы губ (4567 набл.), была выделена группа больных глоссалгией/глоссодинией (1053 набл.) – см. выше таблицу 2. Однако, лишь небольшая часть пациентов этой группы (4,7%) была в дальнейшем обследована на II этапе исследования врачом-психиатром³. В связи с этим возникла необходимость обоснования репрезентативности клинической выборки II этапа исследования (50 наблюдений) в сопоставлении с группой больных глоссалгией клинико-эпидемиологической выборки (1053 наблюдения) – см. таблицу 3.

³ В задачи настоящего исследования не входит анализ факторов, влияющих на комплаентность пациентов, направляемых врачами-дерматологами на консультацию психиатра, в плане выполнения рекомендации обратиться за психиатрической помощью. Вероятно, речь может идти не только об особенностях организации медицинской службы, но и о некоторых психопатологических/патохарактерологических особенностях больных, анализ которых требует дальнейших исследований.

Таблица 3 – Результаты сопоставления клинической выборки II этапа исследования (50 набл.) с группой больных глоссалгией клинико-эпидемиологической выборки I этапа исследования (1053 набл.)

Показатель		Клиническая выборка (n = 50)		Группа больных глоссалгией из клинико-эпидемиологической выборки (n = 1053)		Значимость различий p
		Абс., набл.	Отн., %	Абс., набл.	Отн., %	
Пол	Муж	5	10	162	15,4	NS
	Жен	45	90	891	84,6	NS
Возраст средний, лет		56,60 ± 16,59		57,75 ± 15,9		NS

В результате сопоставления клинической выборки II этапа исследования (50 набл.) с группой больных глоссалгией клинико-эпидемиологической выборки (1053 набл.) установлено, что сравниваемые группы не обнаруживают статистически значимых различий по таким основным социо-демографическим показателям, как пол и возраст.

В свою очередь полученные на I и II этапах исследования формализованные данные указывают на следующий факт. Глоссалгия, трактуемая в некоторых работах [177] как патология казуистическая (0,7%), согласно представленным собственным данным, полученным на специализированном дерматологическом амбулаторном приеме в кожной клинике, являющейся частью сети кожно-венерологических диспансеров крупного мегаполиса (г. Москва), таковой не представляется. Частота глоссалгии среди всех случаев обращения к дерматологам по поводу поражений ротовой полости составляет 23,0%. Этот показатель несколько выше максимального приводимого в литературе значения распространенности в населении (15%) [234], что может быть связано с «концентрацией» таких пациентов на приеме дерматологов, специализирующихся на патологии ротовой полости, однако сопоставим со значениями, указываемыми в исследованиях, выполненных в группе женщин климактерического возраста – 26% [258], которые преобладают как в эпидемиологической, так и клинической выборке настоящего исследования.

Переходя к дальнейшей социо-демографической характеристике клинической выборки исследования (50 набл.), сразу представим ее в сопоставлении с данными контрольной группы исследования⁴.

Группа контроля была сформирована из здоровых добровольцев без признаков дерматологической патологии из числа родственников пациентов, обратившихся на прием в учреждение дерматологического профиля (МНПЦДВК ДЗМ). Обследуемые контрольной группы подбирались в соответствии с современными требованиями доказательной медицины таким образом, чтобы попарно соответствовать пациентам клинической выборки по полу и возрасту (matching controls [219]). Соответственно, контрольная группа также включает 50 наблюдений (43 женщины, 7 мужчин, средний возраст – $56,60 \pm 16,59$). Такой подход позволяет продемонстрировать отличия клинической выборки от группы контроля (сопоставимых по полу и возрасту) по ряду формализованных (в т.ч. психометрических) показателей, отражающих как уровень дезадаптации вследствие обсуждаемого расстройства, так и частоту объективизируемых психометрически, психических нарушений (тревожных, депрессивных, соматизированных) – см. ниже.

Возрастное распределение пациентов клинической выборки и группы контроля, демонстрирующее отсутствие значимых различий по этому параметру представлено в таблице 4.

Таблица 4 – Возрастное распределение пациентов клинической выборки (50 набл.) и группы контроля (50 набл.)

Возраст	18-30	31-45	46-55	56-65	66-75	Старше 75
Клиническая выборка	4%	12%	20%	30%	26%	8%
Группа контроля	0%	14%	24%	44%	18%	0%
p	NS	NS	NS	NS	NS	NS

⁴ Контрольная группа была сформирована из числа испытуемых (250 набл.), принимавших участие в клинко-эпидемиологическом исследовании психодерматологических расстройств, выполненном под эгидой Европейского общества дерматологов и психиатров (ESDAP) – см. опубликованный протокол здесь [128].

Сопоставление пациентов клинической выборки и группы контроля, по основным социо-демографическим параметрам представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Сопоставление больных глоссалгией клинической выборки (50 набл.) и группы здорового контроля (50 набл.) по основным социо-демографическим параметрам

Показатель		Клиническая выборка		Контрольная группа		Значимость различий
		Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
Пол	Мужчины	5	10	7	14	NS
	Женщины	45	90	43	86	NS
Образование	Средне-специальное	22	44%	21	42%	NS
	Высшее	28	56%	29	58%	NS
Трудовой статус	Работают	16	32%	35	70%	$p < 0,05$
	Безработные	9	18%	2	4%	$p < 0,05$
	Пенсионеры по возрасту	25	50%	14	26%	$p < 0,05$
Инвалидность	Инвалидность по соматическому заболеванию	15	30%	1	2%	$p < 0,05$
	Нет инвалидности	35	70%	49	98%	$p < 0,05$
Семейное положение	В браке	15	30%	34	68%	$p < 0,05$
	Никогда не состояли в браке	10	20%	2	4%	$p < 0,05$
	В разводе	10	20%	9	18%	NS
	Овдовели	5	10%	5	10%	NS

При анализе социо-демографических показателей клинической выборки обращает на себя внимание достаточно высокая адаптация больных. Большинство из них имеют высшее образование (56%). В плане трудовой занятости в выборке преобладают пенсионеры (50%), что связано с возрастным распределением больных, большинство из которых старше 56 лет. Лишь 18% клинической выборки оказались безработными вне связи с возрастом или имеющимся хроническим заболеванием. При этом доля пациентов с инвалидностью по соматическому заболеванию составила 30%, что также может быть отчасти связано с возрастными особенностями обследованной выборки.

В свою очередь при сравнении клинической выборки с группой сопоставимого по возрасту и полу контроля, не было установлено статистически значимых различий по уровню образования, а также частоте вдовых и разведенных. При этом пациенты клинической выборки статистически значимо чаще имели инвалидность по соматическому заболеванию (30% против 2%) либо были безработными в трудоспособном возрасте (18% против 4%). Значимо реже чем в контроле пациенты клинической выборки состояли в браке (30% против 68%) либо чаще никогда не состояли в браке (20% против 4%). Такие показатели указывают на более низкий уровень социальной адаптации пациентов клинической выборки в сопоставлении с популяционным контролем того же возраста и пола, не страдающим глоссалгией.

2.4. Психометрическая характеристика клинической выборки

Пациенты клинической выборки обнаружили статистически значимые отличия от группы контроля по частоте и выраженности (суммарные средние баллы) тревоги, депрессии и соматизации, а также показателю качества жизни, определенных с помощью субъективных психометрических методик, заполнявшихся самими обследуемыми: шкалы GAD-2, PHQ-2, SOMS-2, EQ-5D соответственно. Психометрические характеристики клинической выборки в сравнении с контрольной группой представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Психометрические характеристики клинической выборки в сравнении с контрольной группой

Показатель	Клиническая выборка		Контрольная группа		p
	Средн.	Медиана	Средн.	Медиана	
Шкала тревоги GAD-2	1,55	2	0,56	1	$p < 0,05$
Шкала депрессии PHQ-2	1,57	2	0,37	1	$p < 0,05$
Шкала соматизации SOMS-2	24,9	25	5,5	5	$p < 0,05$
Шкала качества жизни EQ-5D	56	57,5	73,62	80,0	$p < 0,05$

Согласно полученным данным клиническая выборка статистически значимо отличалась от группы популяционного контроля по средним баллам выраженности тревоги, депрессии, соматизации и качества жизни.

Позитивный скрининг на тревожное расстройство по опроснику GAD-2 в клинической выборке зафиксирован в 28 наблюдениях (56%), в то время как в группе здорового контроля – 5 наблюдений (10%), различия статистически значимы при $p < 0,05$. Эти данные соотносятся с приводимыми в исследовании A. Sardella и соавт. (53,9%).

Количество пациентов с надпороговым значением балла по шкале депрессии PHQ-2 в клинической выборке составило 26 наблюдений (52%), в группе здорового контроля – 13 наблюдений (26%). В доступной литературе в сходной по количеству больных глоссалгией выборке также приводятся высокие показатели депрессии, хотя и несколько меньшие – 43%, что может быть связано с использованием другого психометрического инструментария [221].

Доля пациентов с надпороговым (≥ 13) значением балла по шкале соматизации SOMS-2 в клинической выборке составило 97,7% против 9,7% в группе контроля ($p < 0,05$). При этом частота некоторых «экстраоральных», прежде всего, болевых (цефалгии, боли в спине, суставах и спине) симптомов превышала 75% (четвертый квартиль). Также значительной оказалась частота симптомов вегетативной дисфункции (потливость, учащенное мочеиспускание, одышка) и некоторых конверсионных симптомов (анестезия, нарушения глотания, астазия-абазия) – см. рисунок 1.

Согласно шкале, оценивающей качество жизни (EQ-5D), показатели больных глоссалгией статистически значимо ниже таковых по сравнению с контрольной группой (57,5 [95% ДИ] против 80,0 [95% ДИ]), что также соотносится с данными литературы [199].

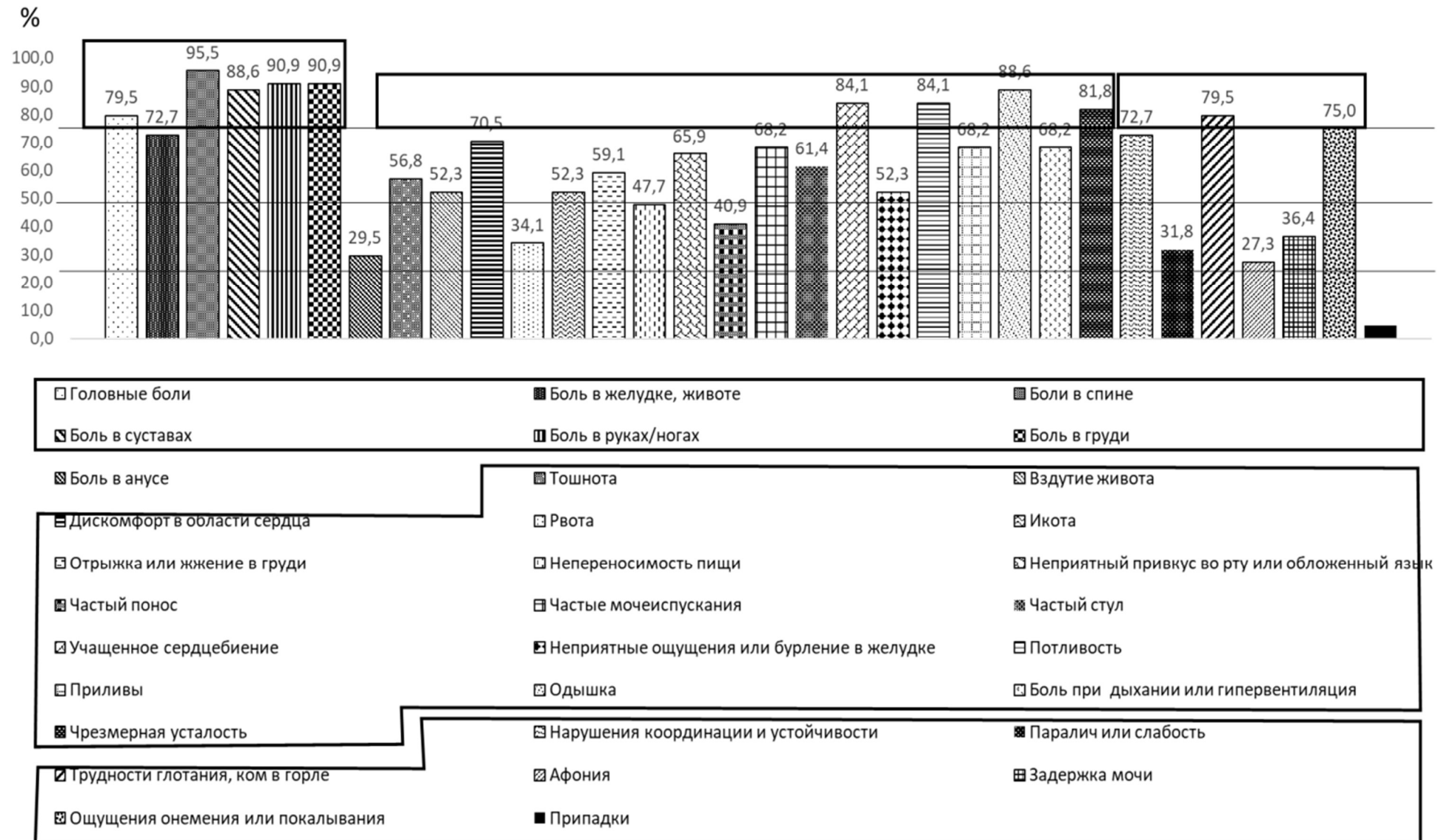


Рисунок 1 – Структура ассоциированных с глоссалгией «экстраоральных» функциональных симптомов в клинической выборке согласно опроснику SOMS-2

Таким образом, уже в результате психометрического обследования с применением субъективных, заполняемых больными самостоятельно, шкал пациенты клинической выборки обнаружили более высокие формализованные показатели по шкалам тревоги, депрессии и соматизации, а также более низкое качество жизни по сравнению с группой контроля без патологии кожного покрова и слизистых. При этом согласно данным психометрической оценки соматизированных расстройств соответствующие нарушения не ограничиваются полостью рта, а имеют также обширную «экстраоральную» презентацию, что соотносится с данными некоторых исследований, указывающих на широкий спектр коморбидных соматоформных нарушений у больных с глоссалгиями, распространяющихся также на другие системы и органы [256].

Переходя к характеристике триггерных воздействий и личностного преморбида в клинической выборке настоящего исследования, необходимо подчеркнуть, что глоссалгия во всех наблюдениях провоцировалась какими-либо воздействиями – триггерами. Тип триггера и степень тяжести стрессового события оценивалась ретроспективно в процессе сбора анамнеза.

В 24 набл. (48%) триггерами являлись психогенные травмы. В 20 набл. пациенты находились в состоянии длительного неразрешимого конфликта (в том числе, проблемные отношения с партнером либо конфликты на службе, хронические тяжелые соматические заболевания близких). Четыре пациента непосредственно перед (в среднем за 8 месяцев) манифестацией глоссалгии перенесли утрату близкого человека (реакция горя). В 21 набл. (42%) триггером глоссалгии выступают стоматологические манипуляции, варьирующие по объему от локальных (установка пломб) в 10 набл. до массивных (экстракция большого количества зубов, смена зубных протезов) в 11 набл. В 5 набл. (10%) возникновению глоссалгии предшествовало соматическое заболевание (ангина – 2 набл., бронхит, гайморит с последующей антибиотикотерапией, перенесенная офтальмологическая операция – по одному наблюдению), перенесенное непосредственно (за несколько недель) до манифестации глоссалгии. Данные о триггерах глоссалгического синдрома обобщены в таблице 7.

Таблица 7 – Распределение триггерных воздействий в клинической выборке исследования

Характер триггерного воздействия		Количество наблюдений (%)
Психогенные воздействия	Затяжные конфликтные ситуации	20 набл. (40%)
	Реакции горя	4 набл. (8%)
Стоматологические манипуляции	Локальные (установка пломб)	10 набл. (20%)
	Массивные (экстракция зубов, смена зубных протезов)	11 набл. (22%)
Соматогенные провокации	Ангина	2 набл. (4%)
	Бронхит	1 набл. (2%)
	Гайморит	1 набл. (2%)
	Офтальмологическая операция	1 набл. (2%)

Переходя к характеристике преморбидных патохарактерологических особенностей в клинической выборке, необходимо отметить следующее. Согласно клинической и психометрической оценке (с помощью шкалы SCID II-PD), большинство больных (25 набл.) преморбидно соответствовали РЛ драматического кластера. В 18 наблюдениях установлена принадлежность к РЛ эксцентрического кластера (шизотипическое РЛ – 10 набл., паранойяльное РЛ – 6 набл., шизоидное РЛ – 2 набл.). Еще в 7 наблюдениях квалифицированы РЛ тревожного кластера.

В большинстве случаев (32 набл.) глоссалгический синдром нозологически квалифицирован в ряду ипохондрических реакций (расстройства адаптации – F43.23), формирующихся на поздних этапах траектории РЛ. Такой квалификации соответствует преморбид, который определяется в пределах РЛ драматического и тревожного кластера. При этом провоцированный различными триггерами симптомокомплекс, ограничивающийся перекрывающимися проявлениями коэнестезиопатий (в данном случае, сенсаций в полости рта) и ипохондрических феноменов, лишен как признаков процессуальной трансформации позитивных нарушений, так и манифестации негативных феноменов.

В свою очередь в 18 набл. глоссалгия квалифицирована в пределах патологии шизофренического спектра и соответствует критериям ипохондрической шизофрении (F20) – 12 набл., либо шизотипического расстройства – 6 набл. (F21).

Несмотря на манифестацию в связи с рядом триггеров и аналогичную инициальную локализацию коэнестезиопатий (исходно – в ротовой полости) сенсации обнаруживают признаки процессуальной трансформации как психопатологической структуры (по типу сенестоалгий, сенестопатий, сенестезий и пр.), так и топической проекции с явлениями генерализации. В качестве негативных изменений на первый план выступают дефицитарные феномены либо апатоабулического круга (avolition) в 5 набл., либо дефицит эмоциональной экспрессии (diminished expression) с изменениями типа фершробен в 7 набл. Кроме того, в 3 набл. обнаруживаются отчетливые расстройства мышления по шизофреническому типу (резонерство, соскальзывания, ментизм, шперрунги).

Таким образом, синдром глоссалгии представляет психопатологически и нозологически гетерогенное расстройство, что необходимо учитывать как при проведении дифференциальной диагностики, так и при подборе терапии.

2.5. Дерматологическая характеристика клинической выборки

Все пациенты клинической выборки (50 набл.) наблюдались в амбулаторном отделении оказания специализированной медицинской помощи МНПЦДВК. Большинство пациентов (60%) были направлены на специализированную амбулаторную консультацию врачами других специальностей, в основном, дерматологами, стоматологами и терапевтами. Остальные обратились в центр по собственной инициативе.

Среди клинических диагнозов, установленных дерматологами, в клинической выборке преобладал диагноз «глоссалгия (глоссодиния)» – K14.6 (39 набл.), т.е. признаки объективной патологии слизистой рта были исключены. В части наблюдений также устанавливался диагноз «красный плоский лишай» (11 набл.) – L43 (типичной, ретикулярной и гиперкератотической форм), коморбидный глоссалгическим феноменам. Это согласуется с критериями включения/исключения в клиническую выборку, предполагавшими наряду с

глоссалгией на неизменной слизистой, включение больных с безболевыми формами КПЛ, сопровождающимися ощущениями по типу глоссалгии.

Длительность глоссалгии у больных клинической выборки составляла в среднем 3,28 года. 44% больных страдали от проявлений глоссалгии менее 12 месяцев, еще у 32% болезнь длилась от 2 до 5 лет. Лишь в 3 случаях изученной выборки длительность составляла более 10 лет. Наименьшая продолжительность заболевания – 6 месяцев, максимальная – 20 лет.

Распределение длительности глоссалгии в клинической выборке представлено в таблице 8.

Таблица 8 – Распределение длительности глоссалгии в клинической выборке

Менее 1 года	2-5 лет	5-9 лет	Более 10 лет
22 (44%)	16 (32%)	9 (18%)	3 (6%)

У большинства (66%) больных слизистая полости рта была внешне нормальной, не обнаруживалось признаков механического, химического или инфекционного поражения. При этом у 14% пациентов наблюдались признаки артифициального повреждения слизистой – травмированные участки, подвергавшиеся механическому (попытки очищения металлической ложкой, скребком) или химическому (концентрированные растворы антисептических средств) воздействию. В 20% случаев, в которых был верифицирован диагноз КПЛ (типичной, ретикулярной и гиперкератотической форм), высыпания на слизистой имели вид белесоватой сетки (фиброзной сетки Уикхема), слегка возвышавшейся над поверхностью здоровой слизистой. У 23% также пациентов присутствовали жалобы на сухость слизистой полости рта, которая подтверждалась при визуальном осмотре.

Таким образом, клиническая выборка настоящего исследования представляется репрезентативной как при сопоставлении с данными литературы, так и с группами сравнения, сформированными в соответствии с дизайном настоящего исследования – выборкой клинико-эпидемиологического исследования

и группой популяционного контроля. На этом основании можно предполагать обоснованность результатов и выводов исследования, полученных при психопатологическом обследовании пациентов клинической выборки, представленных в III и IV главах настоящей работы.

ГЛАВА 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ГЛОССАЛГИИ SINE MATERIA

Согласно результатам психопатологического обследования клинической выборки настоящего исследования (50 набл.), общая характеристика которой приведена в предыдущей главе, облигатной составляющей синдрома глоссалгии являются патологические телесные сенсации – коэнестезиопатии полости рта, выступающие в качестве базисного психопатологического феномена. В настоящей главе обсуждаются результаты детального клинического анализа пациентов с глоссалгией *sine materia* (39 набл.), при которой слизистая полости рта лишена первичных элементов сыпи, а обнаруживаемые при осмотре изменения являются либо вариантом нормы, либо – артифициальными элементами вследствие самоповреждений, наносимых самими пациентами⁵.

Роль коэнестезиопатических феноменов в становлении психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, здесь интерпретируется в согласии с моделью психодерматологических синдромов (дерматозойный бред, ограниченная ипохондрия, импульсивные/компульсивные экскориаии, трихотилломания и пр.), представленной в ряде работ сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья [59, 66, 67].

Основное теоретическое положение модели бинарной структуры психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова и слизистой, заимствовано из концепций E. Bleuler [114, 157], о базисных и ассоциированных (производных) психопатологических нарушениях, разработанной

⁵ Проблема глоссалгии *cum materia*, как и клинический анализ соотношений объективно диагностируемого дерматоза (здесь – на модели красного плоского лишая) с глоссалгическим синдромом в группе казуистических случаев, характеризующихся такой ассоциацией (11 набл.), приводится в следующей – четвертой – главе настоящей диссертации.

на модели шизофрении, и может быть сформулировано следующим образом. В структуре обсуждаемых психопатологических образований наряду с ипохондрическими феноменами (производными психопатологическими образованиями) в качестве облигатной, «базисной» составляющей выступают коэнестезиопатии. Соответственно, психопатологическая картина синдрома с сенсациями по типу глоссалгии аналогичным образом рассматривается в рамках бинарной структуры.

Для подтверждения на статистическом уровне клинической концепции бинарной структуры глоссалгического синдрома была проанализирована корреляционная зависимость выраженности коэнестезиопатий (как базисного психопатологического феномена) и ассоциированных идеаторных (здесь – тревожных) феноменов. Был проведен корреляционный анализ связи интенсивности коэнестезиопатий в полости рта (оцененной с помощью визуальной аналоговой шкалы – VAS-S) и тревоги (оцененной по суммарному баллу шкалы тревоги GAD-2).

В изученной выборке среднее значение интенсивности глоссалгии по визуальной аналоговой шкале (VAS-S) составило $7,4 \pm 2,2$ баллов, медиана – 8 баллов, минимальная – 3 балла, максимальная – 10 баллов.

Среднее значение тревоги по шкале GAD-2 составило $4,0 \pm 1,1$ балла, медиана – 2 балла, минимальное – 0 баллов, максимальное – 6 баллов.

Коэффициент корреляции Пирсона (r) равен 0,849, что указывает на сильную корреляционную связь. Теснота (сила) связи по шкале Чеддока – высокая. Число степеней свободы (f) составляет 42, t -критерий Стьюдента равен 10,408. Критическое значение t -критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 2,018. $t_{\text{набл}} > t_{\text{крит}}$, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,001$).

Переходя к общей психопатологической характеристике глоссалгии, необходимо отметить следующее. Коэнестезиопатии при глоссалгии представлены патологическими сенсациями в полости рта разнообразного характера. Психопатологически ощущения реализованы спектром коэнестезиопатических феноменов, ранжируемых по тяжести от конверсий и истералгий до овладающих

ощущений, идиопатических алгий и сенестезий/сенестопатий (см. их детальную психопатологическую характеристику ниже). Коэнестезиопатии в части наблюдений (23 набл.) также сочетаются с изменениями вкуса (гипестезия, появление металлического или кислого привкуса,) и сухостью слизистой (ксеростомия), а также дизестезией (болезненность, проявляющаяся патологическими ощущениями боли, жжения, ощущения проколов, налета на слизистой полости рта в ответ на тактильное раздражение, например, при прикосновении языка либо пищи). Ощущения могут быть локализованы на губах, деснах, языке, слизистой щек или охватывать всю полость рта, иррадируя в слизистую глотки и гортани.

Ипохондрические, производные от телесных сенсаций, феномены в структуре обсуждаемого симптомокомплекса характеризуются фиксацией на патологических ощущениях. Ипохондрия представлена спектром идеаторных нарушений, ранжируемых по тяжести от явлений тревоги о здоровье и нозофобий (невротическая ипохондрия) до овладевающих представлений и соматопсихической растерянности (ипохондрический психоз страха по С. Wernicke [262]) – см. детальную психопатологическую характеристику, иллюстрированную историями болезни, ниже.

В дебюте заболевания глоссалгия сопровождается нозофобиями, включая канцерофобию (боязнь онкологического процесса на языке, в глотке или гортани), бактерио/вирусофобию (боязнь, что причиной симптомов глоссалгии могут быть микробы, и пациент может быть заразен), страх стоматологического заболевания (опасения, что сенсации связаны с материалами протезов, пломб или стоматологическими манипуляциями). Дальнейшая динамика глоссалгии характеризуется либо персистированием невротических расстройств, либо трансформацией в ипохондрический синдром более тяжелого регистра (см. ниже – «типологическая дифференциация»).

В соответствии с доминирующими ипохондрическими феноменами в процессе диагностического поиска больные, начиная «медицинскую одиссею» с

целью выяснения причины заболевания, неоднократно обращаются к медикам соответствующих специальностей – стоматологам, онкологам, инфекционистам.

Ассоциированное с тревогой о здоровье («health anxiety»), ипохондрическое самонаблюдение («symptom focusing») [158] преимущественно направлено на соотнесение ощущений в полости рта с различными, провоцирующими либо, напротив, «облегчающими» состояние, факторами. Речь идет о попытках выявить зависимость интенсивности сенсаций от приема пищи, включая конкретные продукты, средств по уходу за зубами, инфекционных заболеваний (ОРВИ, ангины), переутомления, психического стресса. Ипохондрическому самонаблюдению соответствуют попытки исключить либо модифицировать влияние «предполагаемых триггеров». Аналогичным образом самонаблюдение направлено на оценку эффективности различных терапевтических воздействий с поиском облегчающих глоссалгию лекарственных средств и местных манипуляций.

Согласно результатам настоящего исследования синдром глоссалгии *sine materia* в 39 наблюдениях клинической выборки психопатологически неоднороден и дифференцируется на симптомокомплекс (1) органно-невротического круга либо (2) психотического регистра.

3.1. Органно-невротический тип глоссалгии *sine materia*

Органно-невротические состояния (в значительной степени конституционально обусловленные) – «истерический/конверсионный органический невроз» – представлены 25 наблюдениями (возраст $70,3 \pm 11,7$ лет, 23 женщины, длительность заболевания – $3,13 \pm 4,3$ года).

Патологические ощущения в ротовой полости могут быть квалифицированы как коэнестезиопатии по типу истероалгий («психалгии» [33]) и телесных фантазий [13, 225].

Истериоалгии – сменяющиеся алгические сенсации по типу «жжения», «ожога», «покалывания» и т.п., отличающиеся свойственными истерическим феноменам полиморфностью и вариабельностью болей. Речь идет об изменчивой локализации ощущений в пределах полости рта – в течение дня болевые ощущения перемещаются по слизистой щек, губ, десен, боковым и передней поверхности языка. При этом интенсивность алгий также варьирует – имеет свойство волнообразно нарастать и уменьшаться в течение дня; в большинстве случаев (81,8%) практически не проявляется при пробуждении, но усиливается к вечеру.

Телесные фантазии, как неболевые истерические сенсорные феномены, в становлении которых задействована патология воображения, при органно-невротических состояниях относятся к эмотивным телесным фантазиям по Н.И. Бурениной [13]. Для таких телесных фантазий (в отличие от перцептивного типа телесных фантазий при втором типе синдрома – см. ниже) характерна перцептивная незавершенность, красочность, демонстративность, избыточная драматизация. Прототипы телесных сенсаций заимствуются из реального телесного опыта: используемые сравнения наглядны, а характеристики ощущений почерпнуты из бытовых ситуаций: «бегание мурашек», «будто прохождение электрического тока», «ощущение словно натянутой во рту струны».

Телесные сенсации пациентов с органно-невротическими состояниями поверхностны, проекция ограничивается слизистой, и сенсации не распространяются в глубину мышечной или костной ткани полости рта, а также не генерализуются – не распространяются на другие области тела – кожного покрова/слизистые либо на внутренние органы.

Перечисленные характеристики истериоалгий и телесных фантазий описаны в доступной литературе применительно к истериопохондрическим симптомокомплексам при органоневротических расстройствах различной топической проекции (кардиологических [60], респираторных [56], гастроэнтерологических [31]), однако, по нашим данным, впервые анализируются применительно к феноменологии глоссалгии.

При объективном обследовании слизистая полости рта лишена элементов сыпи – как первичных, обусловленных известными дерматозами, так и аутодеструктивных. Обнаруживаемые изменения слизистой («сквамозный язык») либо соответствуют варианту нормы, либо обусловлены, например, сопутствующей патологией ЖКТ. Ипохондрические феномены, ассоциированные с истероалгиями и телесными фантазиями, у пациентов с органно-невротическими состояниями представлены нарушениями истерического круга. Тревога о здоровье приобретает драматизированную окраску и ассоциирована с манипулятивным поведением. Интенсивность сенсаций и их влияние на повседневную активность значительно преувеличиваются. Истерические монопатологии драматически окрашены и сопровождаются фантазированием на тему неблагоприятного исхода болезни, образными представлениями последствий развития пока не диагностированной смертельной/опасной болезни (прежде всего, онкопатологии). Окружающие вовлекаются в создание «охранительного» режима (больные перекладывают выполнение домашних и профессиональных обязанностей, требуют сопровождать их на обследования, настаивают на приготовлении пищи исходя из собственного «щадящего» слизистую меню и пр.).

При этом при переключении активного внимания на значимые для больных виды деятельности (прежде всего, рекреационную активность) тревога, как и, собственно, коэнестезиопатические расстройства либо существенно ослабевает, либо вовсе редуцируется, что соотносится с относительно сохранной профессиональной и социальной адаптацией больных.

Одной из особенностей истероипохондриии при органоневротическом симптомокомплексе является отражающая его истерическую природу ипохондрическая двойственность, с одной стороны, проявляющаяся страхом симптомов болезни и поиском медицинской помощи, а с другой – отказом от, казалось бы, необходимых для диагностики/лечения процедур, может быть интерпретирована в рамках диссоциации по типу компартмент [26, 124]. Речь идет о феномене двойного осознания собственной болезни – с одной стороны, воспринимаемой как реальная опасность, а с другой – как опасность

преувеличенная, что фактически соответствует действительности – сути органно-невротического расстройства.

Так, несмотря на ипохондрическую фиксацию на ощущениях, изучение доступной медицинской литературы и регулярное посещение специалистов (стоматологов, ЛОР-врачей, дерматологов, гастроэнтерологов, неврологов и пр.) в поисках объяснения природы симптомов, характерно избегание инвазивных процедур, не только лечебных, но и диагностических, например, фобический отказ от биопсии слизистой рта. Из терапевтических мероприятий выбираются наиболее щадящие способы. К назначенному специалистами лечению пациенты относятся с тревогой, опасаются и драматизируют возможные побочные эффекты, при малейшем дискомфорте требуют смены терапии – полоскания натуральными травяными и/или низкоконцентрированными растворами, смягчающие мази и пасты. К назначенному специалистами лечению пациенты относятся с тревогой, опасаются и драматизируют возможные побочные эффекты, при малейшем дискомфорте требуют смены терапии. Такая ипохондрическая двойственность, с одной стороны, проявляющаяся страхом симптомов болезни и поиском медицинской помощи, а с другой – отказом от, казалось бы, необходимых для диагностики/лечения процедур, может быть интерпретирована в рамках диссоциации по типу компартмент.

Наряду с синдромальной структурой синдрома глоссалгии у больных с органно-невротическим типом симптомокомплекса были проанализированы преморбидные расстройства личности, оценивавшиеся как клинически, так и психометрически с помощью шкалы SCID-II-PD. Результаты анализа представлены на рисунке 2. Больные преморбидно соответствовали РЛ драматического кластера В: оживленные (гипертимные) истерики (16 набл. – 64%), истеро-паранойяльные (3 набл. – 12%), истеро-шизоидные с чертами зависимости (2 набл. – 8%), истеро-тревожные (4 набл. – 16%).

У пяти пациентов (20%) в анамнезе выявлялись подтвержденные медицинской документацией психические расстройства, предшествовавшие и редуцировавшиеся до манифестации глоссалгии. У трех пациенток ранее был

установлен диагноз рекуррентное депрессивное расстройство (F33); у двух – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3). Лишь в одном случае (F33) имела место госпитализация в психиатрический стационар по поводу одного из эпизодов депрессии. При ретроспективном анализе анамнестических данных у 36% больных были выявлены реакции в пределах ресурсов личности: ипохондрические (28%), тревожные (24%), депрессивные (16%) – в сумме более 36%, поскольку у 32% пациентов имело место более одной реакции.

У большинства (64%) пациентов с глоссалгией органо-невротического типа манифестации глоссалгии предшествовало воздействие психогенного триггера, причем у 16% таким триггером являлся острый стресс (потеря значимых близких – реакции утраты), а в 48% – длительная неразрешимая конфликтная ситуация (протрагированный стресс). В 24% случаев, триггером выступало массивное стоматологическое вмешательство, в остальных 12% наблюдений глоссалгии предшествовал соматогенный триггер (ангина/бронхит с последующей системной антибиотикотерапией). См. рисунок 2.

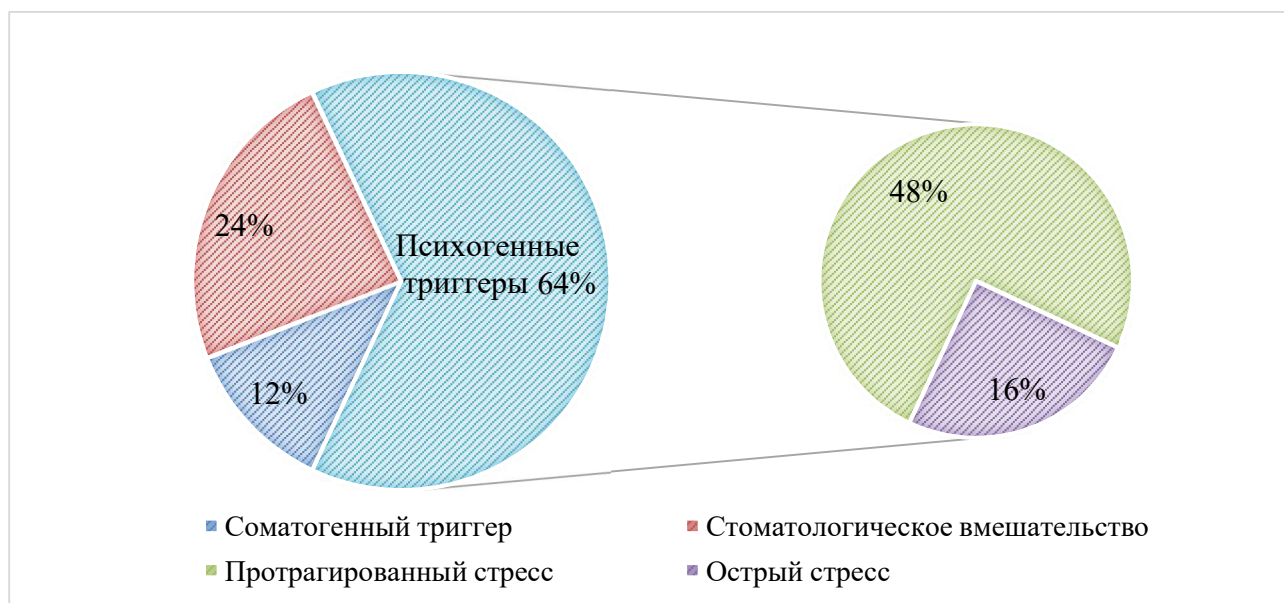


Рисунок 2 – Характеристика триггеров при органо-невротическом типе глоссалгического синдрома *sine materia*

Глоссалгия органо-невротического типа нозологически квалифицирована в ряду ипохондрических реакций (расстройства приспособительных реакций – F43.23), формирующихся на поздних этапах траектории развития расстройств личности (см. рисунок 2 выше). Согласно критериям МКБ-10 такие состояния возникают после тяжелого эмоционального стресса, либо на фоне значимых перемен в жизни и характеризуются депрессивным либо тревожным аффектом и иными симптомами, в том числе соматизированными. Подчеркивается, что такая реакция формируется в пределах ресурсов личности [88], однако не наступила бы без воздействия стрессора. При этом провоцируемый различными триггерами симптомокомплекс, ограничивающийся перекрывающимися проявлениями коэнестезиопатий (в данном случае, сенсаций в полости рта) и ипохондрических феноменов, лишен как признаков процессуальной трансформации позитивных нарушений, так и манифестации негативных феноменов.

Органо-невротический тип глоссалгии иллюстрирует следующая история болезни.

Пациентка К.С.А., 47 лет.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия матери.

Бабка (умерла в 78 лет от соматического заболевания) – работала учителем младших классов. По характеру жесткая, принципиальная, не терпящая отличного от ее мнения. Любила быть в центре внимания, лидировать среди коллег. В старости требовала много внимания от членов семьи, объясняя это тяжелым, по ее мнению, соматическим состоянием.

Дед (умер в 65 лет от инсульта) – по специальности инженер-строитель. По характеру добродушный, открытый, «душа компании». Имел большое количество друзей, любил играть под гитару и петь. Внукам уделял много внимания, заботился о них.

Мать (70 лет) – педагог, на пенсии. По характеру несдержанная, резкая, склонна к драматизированным реакциям на незначительные события. Манипулятивна, заставляет близких поступать по-своему, не принимает

возражений. Страдает сахарным диабетом, в связи с чем появилась тревога о здоровье, регулярно посещает врачей, перепроверя назначения у разных специалистов.

Бабка (умерла в 93 года) – портниха. По характеру скандальная, демонстративная, склонная к манипуляциям. Дед (умер в 70 лет) – по специальности фельдшер. По характеру агрессивный, вспыльчивый, поднимал руку на жену и детей. злоупотреблял алкоголем, пил запоями, несколько раз терял работу.

Отец (умер в 66 лет от тромбоза глубоких вен) – по профессии шофер. По характеру был спокойным, неконфликтным, пользовался уважением коллег, был заботливым отцом. Нередко злоупотреблял алкоголем, однако запоев не было, работу не терял, в период опьянения агрессии не проявлял, становился тихим, неразговорчивым.

Анамнез. Родилась от первой, нормально протекавшей беременности и естественных, стремительных родов в срок. Росла и развивалась в соответствии с возрастной нормой. Формировалась капризной, требовательной. Если родители не выполняли ее просьб, могла устроить истерику, плакать, кричать, бросаться игрушками. Чувствовала себя неуютно в одиночестве, отказывалась засыпать одна, требовала, чтобы мать все время проводила с ней. Любила петь, танцевать, часто устраивала импровизированные концерты перед родными, ждала от них похвалы. С другими детьми вела себя заносчиво, стремилась к лидерству, любила быть в центре внимания. В ДДУ пошла с трех лет, там также проявляла лидерские качества, организовывала общие игры, выступала на праздниках. Стремилась стать любимицей воспитателей, заслужить похвалу. Была часто болеющим ребенком, склонным к явлениям невропатии, так, до подросткового возраста плохо переносила поездки в транспорте, головными болями реагировала на смену погоды. Также всегда жаловалась на плохое кровообращение конечностей, даже в теплую погоду замерзли ладони и стопы. При волнении проявлялись яркие вегетативные реакции, краснела кожа на лице, шее, в зоне декольте.

В школу пошла с 7 лет. Адаптировалась удовлетворительно. Сформировала дружеские отношения с несколькими девочками из класса, выбирая в подруги

отличниц, девочек из хороших семей. Любила учиться, всегда выполняла заданное, старалась быть лучшей в классе, нравилась похвала учителей. Осуждала неуспевающих учеников, считала их глупыми, близко с ними не общалась, обсуждала их «за глаза». Не терпела несогласия со своим мнением, даже если чувствовала, что не права, спорила до последнего и оставалась при своем.

Mensis с 12 лет длительные, нерегулярные, болезненные. В предменструальный период ощущала боли внизу живота, становилась раздражительной, обидчивой, плаксивой. В подростковом возрасте по характеру не менялась, однако, стала еще более раскованной, общительной. Начала ярко краситься, следить за модой, укладывать волосы, стремясь привлекать к себе внимание. Пользовалась успехом у молодых людей, принимала ухаживания, однако сама чувств ни к кому из них не испытывала, серьезных отношений строить не планировала.

Окончив девятый класс на отлично, решила поступать в педагогический колледж, поскольку таким образом могла воспользоваться протекцией матери. В колледже адаптировалась легко, имела множество приятелей, однако близких дружеских отношений не формировала, училась по-прежнему на отлично. Впоследствии также получила высшее образование по специальности учитель младших классов, по которой проработала всю жизнь. Профессия нравилась, так как позволяла быть в центре внимания, занимать лидерские позиции в преимущественно женском педагогическом коллективе. Однако нередко раздражалась на детей, если они проявляли непослушание или долго не могли освоить материал. С родителями нередко возникали конфликты, в которых вела себя высокомерно. Никогда не признавала свою неправоту в спорной ситуации, в связи с чем получала выговоры от начальства.

В 18 лет первые романтические отношения, с ровесником – курсантом военного училища. Была влюблена, испытывала подъем настроения, гордилась тем, что такой «интересный» и «красивый» мужчина обратил на нее внимание. В 19 лет вышла за него замуж. Отношения с супругом складывались неровно. Практически сразу начала узнавать об его изменах. Длительных снижений

настроения не испытывала, однако часто устраивала скандалы, кричала, пыталась ударить мужа. Следила за ним, просматривала его переписки и звонки, проверяла одежду. В 20 лет беременность и роды путем экстренного кесарева сечения из-за слабости родовой деятельности. Ребенок родился маловесный, с признаками гипоксии. Практически сразу обнаружилась анемия у новорожденного, в связи с чем первый месяц после родов провела с ребенком в больнице. Испытывала постоянную тревогу, нарушился сон, аппетит. Ночью по несколько раз проверяла, дышит ли ребенок, так как сын не взял грудь, постоянно сцеживала молоко в ущерб отдыху и сну. Острая тревога редуцировалась в течение трех месяцев, когда состояние ребенка стабилизировалось. Однако и впоследствии была тревожной, гиперопекающей матерью. Внимательно следила за здоровьем ребенка, при малейших признаках неблагополучия обращалась ко множеству специалистов. Позднее, когда сын достиг подросткового возраста, контролировала его перемещения, если не знала, где он находится, тревожилась, устраивала ему скандалы. Когда сын женился, поначалу ревновала его к невестке, выискивала в ней негативные стороны, и лишь увидев, что та относится к ней с достаточным уважением и не препятствует общению с сыном, успокоилась на этот счет.

Первое выраженное психическое неблагополучие – в 42 года, после внезапной смерти отца. Первые два месяца после похорон испытывала подавленность, была плаксива. Незначительно нарушался сон по типу частых ночных пробуждений. Постоянно видела умершего отца во сне, узнавала в лицах прохожих. Приходя в квартиру, где он жил, чувствовала его присутствие, так, связывала самопроизвольно включающееся радио с тем, что он хочет послать ей сигнал. Сформировала элементы магического мышления: рассуждала, что за последнее время в ее семье умерли все мужчины, кроме мужа и сына, значит, нужно всеми силами сохранять отношения с мужем, чтобы сын не пострадал. Реакция утраты продолжалась в течение года. Затем постепенно редуцировалась.

С 44 лет ухудшились отношения с мужем в связи с развившейся у него зависимостью от алкоголя, участились скандалы. Испытывала постоянную тревогу, незначительно снижалось настроение. На этом фоне начали появляться

красные пятна на теле, не имевшие четких границ, пальпаторно возвышавшиеся по отношению к здоровой коже. Периодически испытывала тошноту, ком в горле. Из-за сильного зуда нарушился сон. Обращалась к терапевтам, аллергологам и гастроэнтерологам, лечение антигистаминными препаратами не имело эффекта. Была диагностирована психогенная крапивница. Испытывала тревогу за здоровье, боялась обнаружения серьезной патологии. Через несколько месяцев состояние самостоятельно редуцировалось.

В 45 лет – менопауза, переносившаяся больной тяжело, с многочисленными приливами жара, сменами настроения, повышенной раздражительностью, плаксивостью.

С 47 лет, после очередного конфликта на работе, в результате которого чуть не лишилась своей должности, начала отмечать появление неприятных ощущений по типу жжения, покалывания на слизистой верхнего неба. Обращалась к стоматологам, терапевтам, гастроэнтерологам, сделала множество исследований ЖКТ, на которых была выявлена незначительная патология поджелудочной железы, однако причин жжения языка установлено не было. На предложение одного из стоматологов выполнить биопсию языка ответила резким отказом, призналась, что мысль об операции пугает ее еще больше, чем сами ощущения в полости рта. Испытывала раздражение от того, что врачи не могут установить точный диагноз. В таком состоянии обратилась на амбулаторный прием в клинику МНПЦДВК ДЗМ. Была консультирована дерматологом, исключившим патологию слизистой рта, и направлена на консультацию психиатра.

Психический статус.

Выглядит на свой возраст. Одета стильно, с тщательно подобранными аксессуарами, пользуется декоративной косметикой, носит модный маникюр. Сидит в напряженной позе, выпрямившись на стуле. Несмотря на то, что охотно согласилась на консультацию, просит окончить опрос побыстрее, говорит, что не понимает, как это связано с ее заболеванием. Мышление последовательное, в нормальном темпе. Мимика живая, речь интонационно окрашена. На вопросы отвечает в основном кратко, не развернуто. При ответах на субъективно

неприятные вопросы, например, о конфликтах на работе, раздражается, отвечает резко. Жалуется на неприятные ощущения в полости рта – на верхнем небе и передней поверхности языка по типу жжения, покалывания. Описывает ощущения ярко, красочно, используя сравнения из повседневной жизни («язык будто посыпан перцем»; «рот как будто обожгли кипятком»). Сенсации не имеют постоянной локализации, мигрируют по спинке, боковым поверхностям языка, небу и деснам. Жжение практически не ощущается с утра, усиливается к вечеру, особенно в состоянии утомления, а также после длинного рабочего дня, во время которого много говорила. Также жалуется, что ощущает обострение жжения в конфликтных или вызывающих тревогу ситуациях (например, при разговоре с родителями учеников). Тем не менее, сенсации не нарушают сон и не усиливаются во время приема пищи. При этом сообщает, что во время выходных практически не чувствует жжения, а за время трехнедельного отпуска сенсации полностью редуцировались, возобновившись сразу же по возвращении на работу.

Озабочена своим здоровьем, постоянно обращается к врачам, выполняет многочисленные исследования. Несмотря на то, что согласна с предположением о невротическом генезе ее заболевания, периодически опасается, что возможно, больна более серьезно. Боится нераспознанной онкологической патологии, изучает интернет-издания и литературу по этому вопросу, в описанных там симптомах находит сходство со своими. Во время обострений тревоги испытывает учащенное сердцебиение, чувство неполноты вдоха, которые, однако, быстро редуцируются. В последнее время отмечает, что в ответ на стресс также испытывает подъемы артериального давления до 160 и 100 мм. рт. ст., чувствует это по возникновению головной боли. Также после волнения периодически отмечает появление зудящих высыпаний по типу крапивницы на коже по всему телу, которые редуцируются самостоятельно через несколько дней, соблюдает диету, чтобы предотвратить появление сыпи.

Ежедневно разглядывает полость рта в зеркало, кажется, что слизистая более бледная, чем обычно, замечает, что она покрыта светлым «налетом». Применяет разнообразные народные средства, масла, слабые растворы антисептиков, однако

не прибегает к инвазивным и болезненным способам борьбы с ощущениями и «налетом» на языке, «язык не скоблит». Также отказывается от проведения травмирующих слизистую диагностических методов, таких как биопсия, объясняет это страхом как перед самим фактом хирургической процедуры, так и перед предстоящей болью.

Старается соблюдать «охранительный» режим, к выполнению которого привлекает также и членов семьи. Так, питается по особой диете, гипоаллергенной и не вызывающей, по ее мнению, раздражения в полости рта, просит мужа покупать именно такие блюда и готовить их. При конфликтах с супругом начинает плакать, обвиняет его в своем заболевании, просит относиться к ней «бережно», «так как серьезно больна». Отказывается от дополнительных уроков с учениками, так как замечает, что при переутомлении ощущения во рту усиливаются. Сообщает, что заболевание началось непосредственно после психотравмирующих обстоятельств – серьезного конфликта на работе, отчетливо связывает его с манифестацией болезни.

По характеру себя описывает как активную, энергичную, инициативную. Рассказывает, что до начала болезни мало уставала, после работы и бытовых забот успевала посещать «модные мероприятия», концерты, выставки. Утверждает, что с детства любит быть в центре внимания окружающих, участвовать в публичных выступлениях, будь то школьный концерт или речь на педагогическом совете. При этом не испытывает стеснительности, однако ждет от окружающих исключительно положительной оценки. Признается, что ей свойственна раздражительность, которая в последнее время усилилась и в данный момент распространяется в основном на супруга. Так, при невыполнении ее просьб, может накричать, оскорбить его, расплакаться. Убеждена, что болезнь существенно снижает ее качество жизни, так как, в частности, влияет на способность долго говорить, что является неотъемлемой частью профессии педагога.

Консультация дерматолога: красная кайма губ без патологических изменений, губы достаточно увлажнены, сухости, эрозий, трещин, корок нет. Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета,

нормально увлажнена, без патологических изменений, отечности не наблюдается. Язык нормальных размеров, слизистая оболочка языка бледно-розового цвета, хорошо увлажнен, налета нет (рисунок 3). Спинка языка чистая, десквамаций, трещин, язв нет. Состояние соответствует диагнозу глоссалгия – код по МКБ-10 K14.6 («вегетоневроз»).

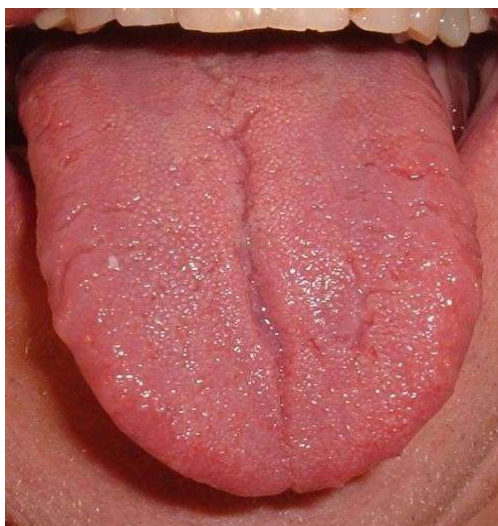


Рисунок 3 – Объективно интактная слизистая полости рта
(фото любезно предоставлено врачом-дерматологом к.м.н. А.В. Терещенко)

Кожный статус – на момент осмотра высыпаний не выявлено. Обнаруживаются яркие вегетативные реакции (эритема) на коже шеи и верхней части грудной клетки. Дермографизм яркий красный, стойкий. Сыпь по типу крапивницы, несмотря на анамнестические указания, не обнаруживается.

Консультация невролога от 07.03.2020: Нейроциркуляторная дистония.

Консультация терапевта от 28.02.20: При осмотре грубой органической патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Консультация стоматолога от 20.03.20: Патологии не выявлено.

ЭКГ от 27.02.2020: Синусовый ритм, ЧСС 68 ударов в минуту. Нормальное положение ЭОС.

Биохимический анализ крови от 27.03.2020: АЛТ 33 е/л (0-41), АСТ 22 е/л (0-35), билирубин 10,1 мкм/л (2-20,5), мочевины 2,9 ммоль/л (3-9,2), альбумины

42,7 г/л (35-52), глюкоза 4,9 ммоль/л (4,1-5,9), холестерин 5,3 ммоль/л (3,9-5,2), общий белок 67 г/л (66-88).

Общий анализ крови от 27.02.2020: лейкоциты $10^9/\text{л}$, эритроциты $4,64 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 148 г/л, гематокрит 0,399 л/л, среднее содержание гемоглобина в эритроците 86,0 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 371 г/л, тромбоциты $168 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы п/я $1 \cdot 10^9/\text{л}$, с/я $63 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы $6 \cdot 10^9/\text{л}$, базофилы $-0 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты $24 \cdot 10^9/\text{л}$, моноциты $6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 11 мг/л.

Общий анализ мочи от 27.03.2020: удельный вес – 1015, реакция 6,5, белок – 0,040 г/л (до 0,1 г/л), сахар, ацетон – не обнаружены, лейкоциты – отр., эритроциты неизмененные – отр.

Терапия. Алимемазин 5 мг.

За время лечения: в течение первого месяца терапии практически редуцировались патологические сенсации в полости рта. Нормализовался сон. отметила, что стала более спокойной, менее раздражительной. Более не отмечала появления красных пятен и зуда на коже. В течение 3 месяцев – полная ремиссия в плане ощущений в полости рта.

Статус на момент катамнеза через 4 месяца. Жалоб не высказывает. Не наблюдается патологических сенсаций в полости рта, расценивает состояние языка и слизистой как здоровое, перестала обнаруживать «налет» на языке. Кожа чистая, высыпаний нет, вегетативные эмоциогенные реакции значительно реже и слабее. Отмечает, что стала спокойнее, менее плаксива и раздражительна.

Разбор. На момент обследования состояние больной определяется синдромом глоссалгии органо-невротического (истеро-ипохондрического) типа. Так, характеристика коэнестезиопатий соответствует феноменам истералгий («жжение, печение, покалывание») и телесный фантазий (наблюдает белый «налет» на языке при объективно чистой слизистой) [13, 225]. В пользу такой квалификации говорят психопатологические особенности сенсаций. Ощущения распространяются лишь по поверхности слизистой и не имеют тенденции к распространению вглубь подлежащих тканей. При этом переменны по локализации – «перемещаются» по поверхности языка и слизистой рта (в начале

болезни – исключительно на спинке языка, однако затем – «мигрируют», попеременно возникая на разных участках полости рта). Сенсации у пациентки изменчивы по интенсивности, имеют свойство усиливаться при воздействии субъективно значимых стрессовых событий (конфликты на работе), нарастать при переутомлении и редуцироваться в результате отдыха (например, на время полностью обошлись во время отпуска). Несмотря на то, что больная расценивает неприятные ощущения как интенсивные (7 баллов по визуальной аналоговой шкале VAS-S), сон они не нарушают, не усиливаются при приеме пищи, что отличает такие сенсации от алгий при объективно диагностируемых поражениях слизистой рта при дерматозах (КПЛ, десквамативный глоссит и пр.).

Поведение пациентки в болезни соответствует картине истероипохондри – больной свойственно манипулятивное поведение (при конфликтах с мужем апеллирует к своей «тяжелой» болезни, обвиняет его в ухудшении своего состояния), создание особого «охранительного» режима, включающего отказ от дополнительной нагрузки, как на работе, так и в быту, лечебное питание и фобическое избегание стрессовых ситуаций [27]. Таким образом, с синдромальной точки зрения речь идет о соматизированной истерии [53], при которой в картине болезни доминирует полиморфная конверсионная симптоматика (в данной случае истералгии и телесные фантазии). Таким пациентам свойственно возникновение на высоте тревоги истерических «конверсионных кризов» [16] – в обсуждаемом случае реализующихся кратковременным головокружением, тахикардией, чувством нехватки воздуха. Квалификацию состояния пациентки как соматизированной истерии подтверждает также характер ипохондрической тревоги. Тревога о здоровье носит драматизированный характер, несмотря на убеждения специалистов, пациентка все же опасается онкологической патологии (онкофобия), «примеряет» симптомы, вычитанные в медицинской литературе на себя, образно представляя устрашающие картины онкопатологии в полости рта.

Кроме того, в структуре обсуждаемого симптомокомплекса отмечаются диссоциативные феномены: несмотря на тревогу пациентки относительно

тяжелого заболевания (в т.ч. онкологического), наблюдается фобический отказ от проведения инвазивной процедуры – диагностической биопсии, а для самолечения используются лишь щадящие, не травмирующие слизистую средства. Больная в большей степени опасается травматических врачебных манипуляций, нежели последствий заболевания, фактически отчасти осознавая невротическую (функциональную) природу заболевания, развившегося «от нервов». Указанный модус реагирования соотносится с тем фактом, что в анамнезе у больной имела место диссоциативная реакция в связи со смертью отца в 42 года (см. ниже обсуждение преморбидных характеристик больной).

Таким образом, в целом состояние соответствует критериям инволюционной истерии: состояние дебютировало вслед за наступлением менопаузы и сопровождалось интенсивными приливами, подъемами артериального давления.

С точки зрения нозологической квалификации заболевание можно трактовать как динамику истерического расстройства личности. Здесь истерические дименсии включают такие черты как зависимость от мнения окружающих, жажда признания, манипулятивность и склонность к драматизации как психических, так и соматических симптомов [75, 195]. Преморбидные особенности личности наряду с соответствием критериям МКБ-10 и DSM-5 также верифицированы результатами интервью с помощью опросника SCID-II-PD (6 из 7 возможных баллов по подшкале истерии), а также анамнестическими сведениями. При этом речь идет о конверсионном типе истерического РЛ – гистрионные проявления сочетаются с высокой активностью и приподнятым настроением («оживленные истерики» – *vivacious histrionic* по Millon T.). Больной с раннего детства свойственна энергичность, которая проявляется не столько в профессиональной деятельности, сколько в социальной и рекреационной активности.

В пользу нозологической трактовки состояния в пределах РЛ драматического кластера также говорит динамика, соответствующая траектории соответствующей психопатии. В анамнезе больной до дебюта глоссалгии также регистрируются истерически окрашенные реакции – тревожная, диссоциативная (в 42 года), соматизированная (в 44 года).

Тревожная реакция возникла после родов (20 лет) в результате болезни ребенка и реализовалась идеаторной тревогой за сына, нарушениями сна по типу трудностей засыпания и частых ночных пробуждений, незначительно сниженным настроением. Реакция редуцировалась через три месяца по разрешении психотравмирующей ситуации.

Диссоциативная реакция (42 года) проявлялась после смерти отца. На фоне подавленности и сниженного настроения присутствовали транзиторные диссоциативные феномены: узнавала отца в лицах прохожих, ощущала его присутствие в комнате, видела отца во снах, сформировала магическое мышление. Состояние обошлось в течение года.

Соматизированная реакция (44 года) проявлялась по типу психогенной крапивницы на фоне конфликтов с мужем. Высыпания возникали по всему телу, держались не больше нескольких дней и исчезали бесследно, не корректировались ни диетой, ни приемом антигистаминных средств. (Необходимо подчеркнуть, что подобный паттерн реагирования в пределах кожного покрова может рассматриваться в качестве predisposition – «готовности» – к аналогичным психосоматическим реакциям на слизистых, здесь – ротовой полости).

Подтверждением нозологического диагноза служит также тот факт, что манифестация глоссалгии в данном случае также провоцирована воздействием психогенного триггера – конфликтной ситуации на работе. Динамика заболевания (по данным анамнеза) также свойственна реактивно спровоцированным органо-невротическим состояниям конституционального генеза, характеризующимся относительно быстрым обратным развитием. Несмотря на то, что дерматотропная терапия не оказывает существенного эффекта на интенсивность ощущений, однако в процессе лечения невысокими дозами «пограничных» нейрорептиков, эффективных как в отношении тревоги, так и телесных ощущений, обсуждаемый симптомокомплекс быстро (в течение 3 месяцев) полностью редуцировался.

3.2. Соматопсихотический тип глоссалгии *sine materia*

Соматопсихотические состояния (процессуально обусловленное) – шизокоэстезиопатическое расстройство⁶ с картиной органно локализованного соматопсихоза (соматизированное расстройство психотического регистра) – представлены 14 наблюдениями (возраст $42 \pm 8,5$ лет, 6 женщин, длительность заболевания 2,6 лет).

Клинически симптомокомплекс в обсуждаемых случаях соотносится с проявлениями соматопсихоза [49, 262]. У больных с соматопсихотическими состояниями регистрируется соматопсихическая растерянность с тревогой психотического уровня. Последняя представлена ощущением угрозы собственному существованию, страхом смерти, убежденностью в наличии тяжёлой, неизлечимой болезни не только ротовой полости, но и внутренних органов. При этом в отличие от больных с органно-невротическими состояниями значительный удельный вес в клинической картине принадлежит расстройствам общего чувства тела – ощущениям крайне тягостного тотального физического неблагополучия и недомогания, дискомфорта во всём организме. В свою очередь круг вовлеченных вегетативных нарушений у больных соматопсихозом также шире: резкая потеря веса с аменореей (2 набл.), перепады артериального давления с тахикардией и обмороками (1 набл.), субфебрилитет (1 набл.).

Базисные коэстезиопатические нарушения у пациентов с соматопсихотическими состояниями представлены более широким кругом сенсопатий, отражающих выраженность соматопсихических нарушений более тяжелого по сравнению с пациентами с органно-невротическими состояниями регистра. Телесные сенсации включают тактильные иллюзии, сенесталгии, сенестопатии и сенестезии. Коэстезиопатии также дополняются визуальными обманами восприятия – зрительными иллюзиями.

⁶ Термин вводится по аналогии с термином «шизообсессивное расстройство», используемым для обозначения патологии шизофренического спектра с преобладанием обсессивно-компульсивной симптоматики. В данном случае речь идет о коэстезиопатиях, возникающих на процессуально измененной почве, трансформированных эндогенных заболеванием и сочетающихся с негативными симптомами расстройств шизофренического спектра [28; 67]:

В отличие от таковых у больных с органно-невротическими состояниями коэстезиопатические расстройства не лимитированы поверхностью слизистой полости рта, но иррадируют в подлежащие ткани и имеют тенденцию к генерализации. В большинстве наблюдений патологические сенсации распространяются в нижележащие отделы, охватывая слизистую глотки и гортани. Такая топическая характеристика также соответствует клинической картине соматопсихоза, при котором, согласно доступным описаниям [80], в отличие от невротических болей, «относящихся к наружно лежащим нервным стволам», телесные ощущения распространяются на внутренние органы.

Все сенсопатии при соматопсихотических состояниях с картиной глоссалгии можно условно разделить на топически локализованные, ограниченные орофациальной областью, и генерализованные, выходящие за ее пределы.

Топически локализованные сенсопатии при обсуждаемом расстройстве включают телесные фантазии перцептивного типа, термические сенестопатии, тактильные и зрительные иллюзии.

Телесные фантазии, обнаруживающиеся во всех наблюдениях, также представлены образными патологическими сенсациями, сопоставимыми с аналогичными ощущениями больных с органно-невротическими состояниями в плане вовлечения в их формирование сферы воображения. Однако у больных с явлениями локального соматопсихоза они могут быть квалифицированы как телесные фантазии перцептивного типа [13]. Так, в полости рта возникают «ощущение пореза слизистой ножом», «прокола иглой», «разлитой во рту кислоты». В отличие от эмотивных телесных фантазий больных с органно-невротическими состояниями, подверженных видоизменению под влиянием внешних факторов, перцептивные телесные фантазии характеризуются стереотипностью и стабильностью. Кроме того, для перцептивного типа телесных фантазий при синдроме глоссалгии у больных с соматопсихотическими состояниями характерно «построение с использованием механистических конструкций, вычурной схематизацией, утрированной детализацией», а также «оторванных от реальности и прежнего телесного опыта сравнительных характеристик» [13].

Термические сенестопатии [4] (4 набл.) в отличие от истероалгий, наблюдающихся у больных с органно-невротическими состояниями и презентуемых в виде жалоб на поверхностные ощущения жжения или ожога языка/слизистой, носят характер разлитого, диффузного жара, охватывающего не только пространство полости рта, но распространяющегося вглубь пищеварительного тракта и/или дыхательных путей ощущение «горячего воздуха», «заполняющего» объемы соответствующих полых органов.

Тактильные иллюзии (4 набл.) у больных с соматопсихотическими состояниями представлены ощущениями «неровности» языка, отсутствия тактильной целостности слизистой рта, возникающего при прикосновении языка к другим участкам полости рта.

Зрительные иллюзии (2 набл.) у больных с соматопсихотическими состояниями представлены простейшими визуальными обманами восприятия в виде нарушений целостности слизистой – «ран», «порезов», «язв» и пр.

Генерализованные сенсопатии, выходящие за пределы орофациальной области, при обсуждаемом расстройстве у больных с соматопсихотическими состояниями включают фантастические сенестопатии, сенестезии, сенесталгии, феноменологически соответствующие таковым в общей психиатрии [89, 157], т.е. при сенсоипохондрической эндогенной патологии.

Фантастические сенестопатии (2 набл.) включают ощущения наличия постороннего предмета в полости черепа – «раскаленных щипцов, сдавливающих мозг», «горячего металлического штыря, проходящего сквозь позвоночник».

Сенесталгии [4] (5 набл.) в проанализированных случаях имеют характер тягостной, изнуряющей боли, обнаруживающей определенное сходство с симптомами, свойственными соматической или неврологической патологии (боли в позвоночнике, по ходу тройничного нерва, межреберные боли), однако имеющей пространственное распространение, которое не совпадает с конкретными анатомическими границами или зонами иннервации.

Сенестезии (3 набл.) включают ощущение моторной неловкости, потери равновесия; ощущение нарушения связи с мышцами конечностей – «мышцы в руке

не слушаются, рука провисает», несистемные головокружения, чувство шаткости походки, «проваливания».

Особенностью генерализованных сенсопатий при обсуждаемой патологии является то, что в части наблюдений (4 набл.) такие коэнестезиопатии возникают/усиливаются одновременно с нарастанием интенсивности ощущений в полости рта и определяют картину экзацербаций расстройства. Кроме того, при этом может обнаруживаться «топическая связь» сенсаций в полости рта и за ее пределами, например, в краниальной области – иррадиация сенестопатий из полости рта в полость черепа (ассоциированные сенестопатии по В.А. Жмурову [30]).

Ипохондрические феномены, сопряженные с коэнестезиопатиями при соматопсихотическом синдроме, включают психотического уровня охваченность патологическими сенсациями, полную поглощенность ими, что исключает возможность какой-либо иной, не связанной с ипохондрическими представлениями, деятельности. При усилении психотической тревоги наблюдается ажитация, достигающая степени ипохондрического раптуса (дизестетического криза [80]): больные не могут усидеть на месте, мечутся по помещению, вызывают о помощи, требуют вызова «скорой помощи» и пр.). В отличие от огранно-невротического, при соматопсихотическом синдроме характерно массивное аутоагрессивное поведение – в попытках избавиться от боли, «очистить» язык, пациенты прибегают к разнообразным средствам для механического и химического воздействия на слизистую – чистят язык зубными щетками, ложками, приобретают специальные скребки для чистки языка, многократно полощут полость рта концентрированными антисептическими растворами (прямая – непосредственная – аутоагрессия [69]). Такого рода манипуляции, напротив, ухудшают состояние слизистой (артифициальный глоссит, атрофия сосочков языка). При этом непосредственно в моменты механического воздействия на слизистую субъективно отмечается временное ослабление болезненных ощущений, однако через некоторое время боль возвращается с прежней интенсивностью. На рисунке 4 показана слизистая оболочка полости рта, травмированная металлической ложкой.

Преморбидная характеристика пациентов с сомато-психотическим типом синдрома также была оценена клинически и с помощью шкалы SCID-II PD. Большинство пациентов (9 набл.; 62,5%) соответствуют шизотипическому РЛ; также верифицировано паранойальное (3 набл.; 21,4%) и шизоидное (2 набл.; 14,3%) РЛ. Соответственно, патохарактерологически пациенты с сомато-психотическим типом отличаются от органо-невротического типа синдрома накоплением РЛ кластера А (шизотипическое) по сравнению с РЛ кластера В (истерическое – 64%).



Рисунок 4 – Травмированная металлической ложкой слизистая полости рта

У пациентов с соматопсихотическим типом глоссалгии в анамнезе психические расстройства, подтвержденные медицинской документацией и предшествовавшие глоссалгии, выявлялись в 72,7% случаев (10 из 14 набл.), что статистически значимо выше ($p < 0,05$; критерий Хи-квадрат = 10,029, уровень значимости = 0,002) соответствующего показателя среди пациентов с органоневротическим типом обсуждаемого синдрома (20%; 5 из 25 набл.). У двух больных – диагноз рекуррентного депрессивного расстройства (F33), у 6 пациентов

– соматоформное болевое расстройство (F45.4), у двух – шизотипическое расстройство (F21). При этом 54,5% пациентов ранее госпитализировались в психиатрический стационар.

В большинстве случаев (57,1%) манифестации глоссалгии соматопсихотического типа, как при органоневротическом типе, предшествовали психогенные триггеры. При этом, в отличие от органно-невротического варианта синдрома, чаще речь шла об «остром стрессе» (35,7%), нежели о протрагированном (14,3%). В 28,6% глоссалгический синдром проявился после стоматологического вмешательства, а еще в 14,3% случаев триггер имел соматогенный характер (обострение хронического соматического заболевания).

Глоссалгия соматопсихотического типа нозологически квалифицирована в пределах патологии шизофренического спектра и соответствует критериям ипохондрической шизофрении (F20) – 8 набл., либо шизотипического расстройства – 6 набл. (F21).

Несмотря на манифестацию в связи с рядом триггеров и аналогичную инициальную локализацию коэнестеziопатий (исходно – в полости рта), сенсации обнаруживают признаки процессуальной трансформации как психопатологический структуры (по типу сенестоалгий, сенестопатий, сенестезий и пр.), так и топической проекции с явлениями генерализации. В качестве негативных изменений на первый план выступают дефицитарные феномены либо апато-абулического круга (avolition) в 5 набл., либо – преимущественно – дефицит эмоциональной экспрессии (diminished expression)⁷ с изменениями типа фершробен в 11 набл [60]. Кроме того, в 3 набл. обнаруживаются отчетливые когнитивные расстройства по шизофреническому типу (резонерство, соскальзывания, ментизм, шперрунги).

⁷ Такая квалификация дефицитарных психопатологических феноменов при шизофрении соответствует закономерностям современной «двухфакторной модели» негативной симптоматики [166; 198], подчиняющейся дихотомическому подразделению по признаку доминирования апато-абулического либо эмоционального дефицита [68].

Сомато-психотический тип глоссалгии иллюстрирует следующая история болезни.

Больная К.В.В., 28 лет.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия матери.

Дед (умер в 55 лет от последствий алкоголизма) – по специальности шофер. Работал непостоянно, регулярно случались запои, вследствие чего часто увольнялся. С 45 лет нигде не работал, жил на содержании у жены, регулярно алкоголизировался. Несколько раз был диагностирован алкогольный делирий, во время которого не спал, испытывал обманы восприятия, становился агрессивен.

Бабка (умерла в 71 год от соматического заболевания) – по специальности медицинская сестра. По характеру трудолюбивая, добросердечная, уступчивая. Была ласкова как с детьми, так и со внуками, никогда не повышала на них голос, старалась помогать как в быту, так и материально. Несмотря на наличие соматических патологий в старости, тревоги о здоровье не испытывала, врачей посещала редко.

Мать (61 год) – по специальности врач-терапевт, в настоящее время работает на административной должности. По характеру педантичная, ответственная, любительница строгого порядка, внимательна к деталям. В семье проявляла себя как строгий, принципиальный родитель, могла прикрикнуть на детей, если те не соглашались с ее мнением. При выборе дочкой дальнейшего жизненного пути, упрямо настаивала на медицинской специальности, не прислушиваясь к ее мнению. Линия отца.

Бабка (умерла в 85 лет): образование среднее, занималась домашним хозяйством, воспитанием детей, после смерти мужа подрабатывала санитаркой. Последние 3 года жизни страдала деменцией, не узнавала родственников, была неспособна к самообслуживанию.

Дед (умер от инфаркта миокарда в 50 лет): по специальности водитель-дальнобойщик. Ответственный, исполнительный, трудолюбивый. Педантичный и требовательный в быту.

Отец (63 года) – по специальности врач-психиатр, также работает во ФСИН. По характеру мягкий, ведомый, уступчивый, всю жизнь следовал за женой, потакал всем ее решениям.

Брат (34 года) – по специальности инженер, физик-ядерщик. По характеру замкнутый, необщительный, скрытный.

Анамнез пациентки. Родилась от второй нормально протекавшей беременности и естественных родов в срок. Росла и развивалась в соответствии с возрастной нормой. Отмечались явления невропатии (в транспорте укачивало вплоть до рвоты, реагировала сонливостью и головной болью на резкие перемены погоды). При этом, начиная с раннего детского возраста, плохо чувствовала себя в утренние часы – испытывала вялость, слабость, «засыпала на ходу», в связи с чем плохо адаптировалась в детском саду, устраивала истерики по утрам, не могла привыкнуть к режиму. Со сверстниками ладила, однако старалась держаться в стороне от компаний, никогда не инициировала общение первой. Спокойно проводила время в одиночестве, была мечтательной, обладала развитой фантазией, любила рисовать. В межличностном общении была чувствительной, обидчивой, резко реагировала на невзначай брошенные друзьями фразы, могла из-за этого подавленностью в течение нескольких дней. Так, после замечания подруги о ее маленьком росте и щуплой фигуре, несколько дней плакала, впоследствии зафиксировалась на этом, вплоть до позднего подросткового возраста носила обувь на платформе и свободную одежду, чтобы скрыть мнимые недостатки. Сама в споры и конфликты со сверстниками не вступала, предпочитала отмалчиваться, боялась потерять друзей.

Училась на отлично, всегда аккуратно и внимательно выполняла домашние задания. Предпочтение отдавала гуманитарным предметам: русскому языку, литературе, а также биологии. По ним успевала без труда, быстро схватывала материал. Точные науки давались сложнее, подолгу не могла вникнуть, зачастую приходилось заучивать материал без понимания. Несмотря на это, и по ним успевала на отлично, даже если на освоение предмета уходило много времени.

В возрасте 10 лет без видимых причин стала чаще болеть, переносила простудные заболевания по 10-15 раз в год, тяжелее, чем раньше, часто с гипертермией, после каждой болезни подолгу восстанавливалась – ощущала слабость, повышенную утомляемость, трудности в сосредоточении, ухудшение ночного сна и дневную сонливость. При том, что всегда имела астеническое телосложение, еще сильнее похудела, стала мало есть, пропадал аппетит, в особенности во время болезни могла ничего не есть по несколько дней. По настоянию родителей обследовалась у неврологов, была выявлена артериальная гипотензия, давление постоянно держалось на уровне 90 и 60 мм. рт.ст. В связи с диагнозом «вегето-сосудистая дистония» назначались курсы ангиотропных препаратов, не приносившие существенного эффекта.

С 15 лет начала испытывать регулярные головные боли мигренозного характера. Боль начиналась в области основания черепа, затем перемещалась на правый висок. Мигрени имели ауру – не переносила яркий свет и звуки, ощущала тошноту, сужались поля зрения. Затем начинала болеть вся правая половина головы. Мигрени сопровождались одышкой, тахикардией, рвотой. Периодически отмечала, что закрывая глаза во время мигрени, начинает видеть угрожающие фигуры – людей с непропорционально большой головой и маленьким телом, открывая глаза, обманы восприятия несколько секунд сохранялись, затем исчезали. Мenses с 14 лет, регулярные, болезненные, крайне обильные. Примерно с того же возраста начала интересоваться противоположным полом, испытывала кратковременные влюбленности, в своих чувствах никогда не признавалась, в отношения не вступала.

В 17 лет, в 11 классе – первый эпизод психического неблагополучия. Без видимой провокации внезапно снизилось настроение, начала испытывать апатию, тоску как давящее, сжимающее чувство за грудиной. Практически ничего не ела, похудела на 8 кг. Испытывала дневную сонливость, перестала посещать школу, все время проводила в постели, много спала. Не общалась ни с кем, кроме членов семьи, испытывала страх от мысли о том, что необходимо выйти из квартиры, поскольку боялась внимания людей из-за того, что они могут заметить ее

болезненное состояние и негативно оценить. Депрессивное состояние продолжалось в течение трех месяцев, за специализированной помощью не обращалась, эпизод редуцировался самостоятельно.

С этого времени изменилась по характеру – стала еще более замкнутой, усилилась утомляемость, стала тяжелее даваться учебная нагрузка, появились трудности концентрации, рассеянность, освоение учебных предметов стало требовать дополнительных усилий, кроме того, участились эпизоды головных болей.

Несмотря на это окончила школу в 17 лет с отличием. Хотя сама медициной никогда не интересовалась, по настоянию матери поступила в медицинский ВУЗ. Не испытывала особого интереса к специальности, однако старалась учиться на отлично, вовремя выполнять задания и сдавать экзамены. Начав изучать узкоспециализированные предметы в возрасте 21 года, заметила, что неспособна быстро запоминать и понимать сложные клинические взаимосвязи и во многом уступает одноклассникам. Неоднократно пыталась прервать обучение, однако, под давлением авторитарной матери, все же с трудом закончила ВУЗ.

После окончания института поступила в интернатуру по специальности дерматовенеролог, изначально хотела специализироваться в области эстетической медицины. В интернатуре также училась без особого интереса, окончив ее, пошла работать в частную клинику. На работе не стремилась расти по карьерной лестнице, предпочитала работать строго отведенное минимальное количество часов. На просьбы начальства о дополнительных обязанностях реагировала неохотно, испытывала внутреннее раздражение, однако спорить с руководством не решалась. Настоящее заболевание с 26 лет, когда начала протезирование зуба. По мнению пациентки, процедура была выполнена неправильно, после чего в течение нескольких дней появилось ощущение, будто бы коронка сделана слишком толстой. Казалось, что челюсти не смыкаются, физически ощущала «перекос» верхней челюсти. Начала испытывать боли, которые распространялись от верхней челюсти вверх и затрагивали носовые пазухи. Боли усиливались при надавливании, в том числе при употреблении твердой пищи. Также нарастали после ночного сна, из чего сделала вывод о том, что непроизвольно сжимает челюсти во сне. Казалось,

будто мышцы лица находятся в постоянном напряжении, из-за чего начинают болеть. По настоянию пациентки было проведено подпиливание 12 здоровых зубов, чтобы зубы «сравнились» по высоте, были установлены еще несколько протезов с удалением здоровых зубов. Со временем состояние усугублялось, боли стали постоянными, мучительными, мешали спать. Казалось, что боли распространяются по ходу тройничного нерва, разработала концепцию относительно того, как именно могло нарушиться строение и функционирование челюсти, что привело к повреждению нерва. Испытывала сильную тревогу, боялась, что никогда не излечится от боли.

Начала посещать неврологов, делала многочисленные диагностические процедуры, в том числе МРТ, КТ, электромиографию. Опасалась, что боли и неврологическая симптоматика может быть связана с рассеянным склерозом. После того, как один из неврологов поставил диагноз «миофасциальный болевой синдром, атипичная лицевая боль», начала активные терапевтические мероприятия, включая как лекарственную, так и физиотерапию. Начала принимать фенибут и феназепам, даже после приема транквилизатора подолгу не могла уснуть, искала специальные позы для сна, так, засыпала, положив руку на живот, казалось, что так боли и тревога утихают. Днем испытывала неусидчивость, не могла найти себе место, вскакивала, ходила по комнате, лежа, вертелась на кровати.

В возрасте 27 лет через год после начала болезни по рекомендации невролога была госпитализирована в кризисное психиатрическое отделение городской ПБ. Получала терапию галоперидолом внутримышечно и внутривенно, аминазином внутримышечно. В течение двух недель терапии начала отмечать улучшение: уменьшились боли, редуцировалась тревога, наладился сон, восстановился аппетит, набрала несколько килограмм. Продолжала принимать поддерживающую терапию: арипипразол 25 мг, кломипрамин 75 мг. Однако болевой синдром в области лица сохранялся, хотя сенсации были менее выраженными.

Через полгода после госпитализации к болям в челюсти и лице, без дополнительной провокации присоединились ощущения в языке: жжение, горение, которое вначале затрагивало кончик и боковые поверхности, а затем охватили всю

поверхность. Возникли расстройства сна по типу трудностей засыпания и частых пробуждений, несколько раз за ночь просыпалась из-за сильной боли в языке. Боли имели тенденцию к распространению как в проекции носовых пазух, так и на глотку и пищевод.

Обследовалась у аллергологов и стоматологов, делала аллергологические пробы и замеры токов в ротовой полости, чтобы проверять результаты обследований купила собственный прибор гальванометр. Несмотря на многочисленные отказы, требовала от дерматологов проведения диагностической пункции или биопсии, признавалась, что согласна на любое болезненное вмешательство, лишь бы избавиться от мучительных ощущений. По собственному настоянию были извлечены все металлические стоматологические конструкции, после чего боли усилились. Пыталась «очистить» язык с помощью металлического скребка, травмировала слизистую до крови, ощущала резкую режущую боль, после чего на некоторое время прекращала аутоагрессивное поведение, однако впоследствии возобновляла попытки.

За два месяца до обращения – 28 лет – обострение состояния. Без видимой провокации сенсации распространились, иррадируя в глотку, пищевод и носовые пазухи. Ощущала «порезы» не только на языке, но и во внутренних органах – груди и животе. Боли, ранее локализовавшиеся лишь в области костей челюсти, перешли на череп, описывала их как «сжатие мозга щипцами». На высоте болей возникло состояние паники, беспричинного страха, ужаса приближающейся смерти, сопровождавшееся тахикардией и потливостью. Состояние длилось трое суток, в течение которых не находила себе места, металась по квартире. Симптоматика то усиливалась, то ослабевала, однако полностью не проходила. Вызывала бригаду скорой помощи, которая оснований для госпитализации не находила. Лишь на время испытывала облегчение после «укола успокоительного», сделанного сотрудниками СМП. В течение трех суток практически не спала забываясь лишь на несколько часов.

Несмотря на то, что острый приступ тревоги редуцировался, страх повторения эпизода оставался. Болезненные ощущения, как на языке, так и в

голове, а также внутренних органах, возникшие во время острого приступа тревоги, сохранялись. Из-за болей в языке и животе перестала есть твердую пищу. Могла употреблять только промолотое и через специальную трубочку. В результате похудела за 2 месяца на 9 кг, нарушился менструальный цикл (аменорея). Резко снизилось настроение, ощущала подавленность, тоску как давящее, сжимающее чувство за грудиной. Испытывала безрадостность, ощущение безнадежности, считала, что никогда не сможет избавиться от своей болезни, появились суицидальные мысли. В таком состоянии обратились на прием дерматолога, исключившего кожное заболевание и патологию слизистой, была направлена на консультацию к психиатру.

Психический статус.

Выглядит на свой возраст. Астенического телосложения, выглядит худой, изможденной. Одета просто, в однотонную одежду без украшений, не носит макияжа. Сидит в однообразной, застывшей позе, говорит тихим голосом. Лицо гипомимичное, выражение лица грустное. Периодически, рассказывая о своем заболевании начинает плакать, подолгу не может успокоиться и вновь начать говорить. Мышление несколько замедлено, припоминает события жизни с трудом, путается в датах. Активно употребляет профессиональную медицинскую лексику, при этом не может вспомнить ни названий, ни дозировок принимаемых ею препаратов.

Жалуется на постоянные режущие боли в языке, которые усиливаются при употреблении в пищу кислого, сладкого, острого. Также испытывает сухость языка, «язык как наждачная бумага», которая мешает есть и говорить. Ощущения в языке возникают как днем, так и ночью, мешают уснуть. Чувствует язык как отекий, в зеркале видит на нем отпечатки зубов. Также, пристально разглядывает язык, видит на нем глубокие ярко-красные трещины, которые воспринимает как «раны», «порез острым ножом», ощущает в этих местах особенно сильную боль. Выстраивает концепцию их появления вследствие травмы слизистой неподходящими протезами. Временами становится сложно есть и разговаривать, на любую острую, соленую, сладкую пищу реагирует усилением болей.

Жалуется, что ощущения распространяются как в мышцы лица и кости челюсти, носовые пазухи, так и на другие участки слизистой – в глотку, пищевод, а также на внутренние органы (грудь живот) и голову. Испытывает боль в области черепа, описывает ее как «сжатие мозга тугими щипцами». Периодически испытывает приступы головокружений, во время которых становится неустойчива при ходьбе, присутствуют ощущения «проваливания» сквозь пол, ватности в ногах, «промахивается» мимо предметов. В связи с болями не ест твердой пищи, вследствие чего значительно потеряла в весе.

Сенсации постоянны, не зависят от степени утомления или стрессовых событий, однако, в некоторые дни ощущаются невыносимыми. В моменты обострения болей усиливается тревога, которая может достигать степени ажитации. Во таких случаях возникает невыносимое тянущее ощущение «ломоты», «болезненности» во всем теле, «словно при гриппе». Кажется, что неизлечимо больна каким-то неустановленным смертельным заболеванием, ощущает скорое приближение смерти.

Сообщает, что месяц назад на высоте приступа металась по комнате не могла найти себе места, неоднократно вызывала скорую медицинскую помощь, просила «спасти» ее. Убеждена, что болезнь, начавшись в полости рта, теперь затрагивает также внутренние органы. В этой связи систематически проходит обследования у различных специалистов, не удовлетворяется заключениями о здоровой полости рта, ищет врача, который объяснил бы причину ее недомогания.

Требует проведения инвазивных процедур – несколько раз выполнила гастроскопию, прибегала к новокаиновым блокадам в области шеи и лица. Просит провести диагностическую биопсию языка. Сообщает, что после многочисленных отказов удалять здоровые зубы и устанавливать новые протезы, все же нашла стоматолога и провела процедуру. Несмотря на то, что осознавала болезненность и травматичность удаления такого количества зубов, пошла на это, так как во что бы то ни стало хотела избавиться от изнуряющих болей.

Кроме того, жалуется на подавленность, считает, что она вызвана болями, а боли имеют стоматологическое происхождение, насчет которого высказывает

концепцию, суть которой заключается в изначально неправильно установленных протезов, которые вначале вызвали миофасциальный синдром, а затем повредили язык. Говорит, что не покидает чувство безнадежности в связи с неизлечимостью болезни. Утверждает, что в последние полтора года чувствует постоянную подавленность, тоску за грудиной, тревогу. Высказывает суицидальные мысли: говорит, что жить с такими невыносимыми болями не имеет смысла и что давно потеряла надежду на излечение.

До болезни себя описывает как человека сдержанного, впечатлительного, чувствительного к мнению окружающих. Говорит, что изменилась по характеру в 17 лет, после перенесенной депрессии, когда стала еще более замкнутой, необщительной, утомляемой, менее инициативной, что подтверждает и мать больной. Сообщает, что последние годы практически не общается с прежними знакомыми, отдалилась от родных. Жалуется на нарастающую апатию, потерю мотивации к дальнейшему профессиональному росту. Ощущает, что потеряла прежний профессиональный уровень: хотя раньше занималась в основном интервенционной косметологией, теперь переключилась на дерматологический прием: отказывается от проведения инвазивных косметологических процедур, так как стала бояться навредить пациенту. Признается, что часто берет больничные и пропускает смены. Утверждает, что кроме работы и «походов» по врачам ничем больше не занимается, перестала читать, рисовать, смотреть телевизор. Посещает несколько специалистов одного профиля, чтобы сравнивать диагнозы.

По результатам консилиума была рекомендована госпитализация в психиатрический стационар.

Консультация дерматолога: красная кайма губ без патологических изменений, губы достаточно увлажнены, сухости, эрозий, трещин, корок нет. Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, нормально увлажнена, без патологических изменений, отека не наблюдается. Слизистая десен воспалена, ярко-красного цвета, отечна, со следами травматических повреждений. Язык нормальных размеров, слизистая оболочка языка красная, на спинке языка – трещины травматического генеза (рисунок 5). При

опросе пациентка подтверждает, что наносила повреждения сама, металлической ложкой в попытках очистить язык. Состояние соответствует диагнозу искусственный глоссит (код по МКБ-10 L98.1).



Рисунок 5 – Травмированная слизистая полости рта при синдроме глоссалгии соматопсихотического типа

Консультация офтальмолога от 28.01.2020: ОУ – без патологии.

Консультация гинеколога от 07.02.2020: Практически здорова.

Консультация терапевта от 31.01.2020: Хронический гастрит, дуоденит.

Консультация невролога от 28.01.2020: Соматоформная дисфункция ВНС. Дорсопатия. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Нарушение статики. Двусторонняя болевая дисфункция ВНС, миофасциальный дисфункциональный болевой синдром. Глоссалгия.

ЭКГ от 28.01.2020: синусовый ритм, ЧСС 81 удара в минуту. Нормальное положение ЭОС.

ЭЭГ от 31.01.2020: Локального патологического очага и знаков эпилептиформного типа не выявлено. Умеренные общемозговые нарушения биоэлектрической активности головного мозга в виде снижения амплитуды электрической активности мозга, десинхронизации и увеличения индекса быстроволновых форм активности, увеличивающихся при ГВ, что отражает усиление тонуса субкортикальных структур, включая диэнцефальный уровень. Патологически выраженной асимметрии не обнаружено.

Биохимический анализ крови от 17.02.2020: общий билирубин 2,3 мкмоль/л, АСТ 39 ед/л, общий белок 69 г/л, альбумин 39,8 г/л, мочевины 2,5 ммоль/л, АЛТ 41 ед/л, холестерин 5,6 ммоль/л, глюкоза 6,6 ммоль/л, ЛПВП-холестерин – 1,41 ммоль/л, ЛПНП-холестерин – 2,46 ммоль/л.

Общий анализ крови от 26.02.2020: лейкоциты $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,07 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 120 г/л, гематокрит 0.357 л/л, среднее содержание гемоглобина в эритроците 29,5 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 336 г/л, тромбоциты $413 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы п/я $3 \cdot 10^9/\text{л}$, с/я $47 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы $3 \cdot 10^9/\text{л}$, базофилы $0 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты $41 \cdot 10^9/\text{л}$, моноциты $5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/л.

Общий анализ мочи от 28.02.2020: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – неполная, удельный вес – 1025, реакция 5.5, белок 0.060 г/л, глюкоза, билирубин, кетоновые тела, уробилиноиды, желчные кислоты – отрицательно, эпителий почечный – 0-1 в п/з, эритроциты, цилиндры нет, слизь – небольшое кол-во, соли нет, бактерии – много. Психотропная и нейротропная терапия: зипразидон до 120 мг/сут, клозапин до 12,5 мг/сут, дулоксетин до 60 мг/сут, биприден до 2 мг/сут.

Катамнез. За время лечения: редуцировалась депрессивная симптоматика. Улучшилось настроение, прошла подавленность, апатия, эмоциональная лабильность, плаксивость. Стала спокойнее, упорядоченнее. Практически полностью редуцировались глоссалгии, боль в челюстях и в языке. Несмотря на то, в некоторой степени сохраняется ипохондрическая фиксация. В умеренной степени сохраняется астеническая симптоматика. Улучшился сон и аппетит. Сохраняются отчетливая астеническая симптоматика – жалуется на нехватку сил, высказывает сомнения в возможности выйти на работу.

Разбор. Состояние больной определяется синдромом глоссалгии соматопсихотического типа. На высоте обострения тревога достигают психотического уровня и сопровождается ажитацией (мечется по комнате, плачет, просит о помощи, ощущает наступление смерти от неизвестной болезни), однако не ассоциирована с убежденностью в наличии внешней угрозы (параноид) либо уверенностью в наличии какого-либо конкретного соматического заболевания

(ипохондрический бред, нозомания [229]). Такое состояние можно трактовать как проявления ипохондрического раптуса («дизэстетического криза») [157].

Подобной квалификации соответствует характеристика ассоциированных с ипохондрической тревогой коэнестезиопатий. Коэнестезиопатии при соматопсихотическом типе синдрома отличаются высокой интенсивностью. Оценка ощущений по десятибальной визуальной аналоговой шкале VAS-S соответствует максимально возможной (10 баллов).

Сенсопатии генерализованы и представлены в данном наблюдении комплексом ощущений: сенесталгиями (тягостные, мучительные боли в области нижней и верхней челюсти, шеи, воспринимаемые больной как «поражение лицевого нерва», распространяющиеся в носовые пазухи, глотку, пищевод, грудную клетку и живот), сенестопатиями («сдавливания мозга щипцами»), сенестезиями (ощущениями неустойчивости, «проваливания» при ходьбе, «промахивания» мимо предметов, «ватность» в ногах). Локализованные коэнестезиопатии, лимитированные полостью рта, включают перцептивные телесные фантазии (ощущение «пореза языка ножом», а также тактильные (восприятие слизистой как «жесткой, неровной, покрытой трещинами») и зрительные иллюзии (видит в зеркале «глубокую рану» на языке). Такие ощущения с языка распространяются по всей полости рта и не склонны к миграции, стабильны на всем протяжении болезни. Локализованные сенсации здесь в отличие от органоневротического типа синдрома стабильны по интенсивности в течение всего дня, присутствуют также и ночью, значительно нарушая сон (просыпается от «нестерпимой» боли), не изменяются в зависимости от утомления и воздействия субъективно значимых стрессовых событий. Колебания интенсивности коэнестезиопатий при соматопсихотическом типе синдрома аутохтонны, а на высоте ипохондрического раптуса локальные сенсопатии усиливаются, сопровождаясь манифестацией генерализованных коэнестезиопатий.

В отличие от органо-невротического типа синдрома в обсуждаемом наблюдении имеет место аутоагрессивное поведение, также указывающее на более тяжелый регистр психических расстройств. У больной непосредственная

аутодеструкция (самостоятельные попытки «очистить язык металлической ложкой») сочетается с доверенной аутоагрессией [116] (так, пациентка настояла на удалении нескольких здоровых зубов, настаивала на проведении диагностической биопсии языка).

Переходя к обсуждению динамики заболевания, синдромокинезу⁸ (особенностям становления синдрома) и нозологической трактовке, прежде обратимся к характеристике преморбида больной.

Личностные дименсии пациентки соответствуют шизоидному РЛ. Больной характерны такие черты как явления социальной отстраненности, дискомфорт в области межличностных отношений, интравертированность, обращенность к сфере внутренних переживаний, бедность эмоциональных связей с окружающими [75]. При этом речь идет о сенситивном полюсе шизоидии – с детства свойственна повышенная чувствительность, подолгу переживает даже мелкую обиду, не может освободиться от воспоминаний о когда-то услышанной грубости, склонна к самонаблюдению и рефлексии. В анамнезе пациентки с раннего детства выявляется соматопсихическая акцентуация в форме невропатического (проприоцептивного) диатеза: выраженная астеническая симптоматика (быстрая утомляемость, сонливость в дневные часы), вегетативная лабильность (головокружения), метеопатия, расстройства телесной перцепции (хронические головные боли мигренозного характера).

С нозологической точки зрения заболевание пациентки можно трактовать как приступ ипохондрической (коэнестезиопатической) шизофрении (код МКБ-10 F20.8).

Дебют эндогенного заболевания у больной – с эпизода аутохтонно возникшей эндогенной депрессии в возрасте 17 лет, который проявлялся как гипотимией, апатией и астенией, так и соматическими – витальными симптомами (тоска, нарушения сна и аппетита, суточный ритм). В пользу такой трактовки говорят изменения личности, объективно подтверждаемые матерью больной –

⁸ Синдромокинез – раздел семиотики, изучающий динамику возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения структурных элементов синдрома (от момента возникновения до полного регресса).

негативные расстройства (стала еще более замкнутой, нелюдимой, начала быстрее утомляться, не хватало сил на освоение учебного материала, стала менее инициативной).

На этом этапе заболевания негативные расстройства у больной фактически ассоциируются с патохарактерологическими дименсиями. При этом структура РЛ видоизменяется, принимая форму психопатоподобных проявлений шизофренического круга: трансформация конституциональных аномалий происходит путём видоизменения уже сложившихся патохарактерологических свойств. В соответствии с дихотомией негативных расстройств, обсуждаемой в современных публикациях, речь идет об «общем» синдроме по типу **дефензивной шизоидии**: патохарактерологические изменения с преобладанием пассивности и асоциальности (аутизм), совмещённые с явлениями волевой несостоятельности (avolition), безынициативности [47].

Негативные расстройства в дальнейшем реализовались во всех сферах жизни, приведя к значительной социальной дезадаптации – как в личной (сложности в межличностных отношениях, отсутствие собственной семьи, друзей), так и в профессиональной сферах (трудности в освоении новых знаний, повышенная утомляемость, отсутствие карьерных амбиций).

Очередной приступ заболевания в 26 лет, когда после локального триггера (стоматологического вмешательства) манифестировал сенесталгии – боли в челюсти, шее, а также ипохондрические феномены, которые можно квалифицировать как бред неправильного прикуса (phantom bite disorder) [180]. Сформировалась концепция, согласно которой зубы в результате непреднамеренных действий стоматолога стали неодинаковы по высоте, что привело к перенапряжению мышц и развитию «миофасциального синдрома» и «атипичной лицевой боли». По мере течения болезни утяжелялись как коэнестезиопатические, так и идеаторные феномены, а также соответствующее бредовое поведение (включая аутоагрессивное – экстракция зубов). Наблюдалась лишь кратковременное улучшение состояния во время перовой госпитализации в психиатрический стационар, однако синдромальной ремиссии не сформировалось.

Через два года состояние утяжелилось, к прежним психопатологическим феноменам присоединился глоссалгический синдром, реализовавшийся как локализованными и генерализованными сенестопатиями, так и наплывом психотической тревоги ипохондрического содержания («дизестетический криз», «ипохондрический раптус»).

Таким образом, позитивные коэнестезиопатические и ипохондрические расстройства с течением заболевания претерпевают процессуальную трансформацию, усугубляясь и охватывая практически всю телесную сферу пациентки.

Катамнез также подтверждает нозологическую трактовку состояния больной. Несмотря на интенсивную терапию (в т.ч. парентеральную) в условиях психиатрического стационара полной ремиссии позитивных расстройств в плане исчезновения коэнестезиопатий не произошло. Негативные же расстройства (астения, апатия, абулия) претерпели лишь минимальные изменения в процессе терапии.

Заключение Таким образом, согласно данным, приведенным в настоящей главе, синдром глоссалгии *sine materia* клинически неоднороден и включает два типа, различающихся тяжестью – регистром – психопатологических феноменов: органоневротический и органопсихотический. Выделенные типы отличаются не только феноменологически, но и по перморбидным характеристикам, особенностям триггерных факторов, приводящих к манифестации заболевания, а также динамике заболевания и нозологической принадлежности состояния. Это требует дифференцированного подхода к терапии изученных состояний, что обсуждается в 5 главе настоящей диссертации.

ГЛАВА 4. ГЛОССАЛГИЯ *CUM MATERIA* НА МОДЕЛИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Обратимся к глоссалгии, возникающей на соматически измененной почве – в условиях поражения слизистой полости рта при объективно диагностируемом дерматозе (*cum materia*) – красном плоском лишае (КПЛ).

Случаи развития глоссалгии при КПЛ являются казуистикой (2% пациентов из 217 больных с КПЛ и лихеноидными реакциями в выборке Aguirre-Urizar и соавт. [97]). Такие наблюдения, хотя и редко, но встречающиеся в реальной клинической практике, представляют серьезную дифференциально-диагностическую проблему, поскольку субъективные симптомы (жалобы пациентов на телесные сенсации в ротовой полости) не соотносятся с результатами объективного обследования, например, визуального осмотра и/или биопсии слизистой полости рта, а также могут напоминать проявления других дерматозов (в т.ч. отличающихся неблагоприятным прогнозом)⁹. Симптоматика глоссалгического синдрома как расстройства *cum materia* остается гиподиагностированной, а подходы к терапии таких состояний неопределенными, так как стандартная дерматотропная и нейротропная терапия болей (в том числе блокада регионарных ганглиев) в данных случаях малоэффективна [54].

В психосоматической медицине обсуждаемое состояние принято трактовать как относящееся к сочетанным (имплицированным) психопатологически-соматическим расстройствам (ипохондрия *cum materia*) [59]. Так, в психокardiологии и психопульмонологии речь в таких случаях идет, например, об амплификации либо дублировании приступов стенокардии или бронхиальной астмы за счет анксиозных и соматовегетативных расстройств (панических атак), усиливающих или имитирующих соответствующие соматически обусловленные симптомы [57].

⁹ Патологические сенсации, сопоставимые с глоссалгией, в виде жжения, «печения», боли на языке и слизистой оболочке полости рта могут возникать при дерматозах аутоиммунной, инфекционной и травматической природы (мигрирующий глоссит [130], афтозный и герпетический стоматит [96], химические и термические ожоги слизистой [48], сифилитические поражения [129]), а также при предраковых состояниях и онкологических заболеваниях (лейкоплакия [254], карцинома языка [203]).

Ранее такие состояния также изучались применительно к психодерматологической патологии, например, при экскориированных акне [71, 81] и зудящих дерматозах [41]. Например, при последних, как патологии *sum materia*, речь идет о форме невротических экскориаций, возникающей на фоне реально существующего заболевания – вульгарных угрей (акне), в рамках компульсивных/импульсивных саморасчесов и/или сверхценной ипохондрии. Этот симптомокомплекс, в отличие от невротических экскориаций, формирующихся в рамках псевдосоматических расстройств (*sine materia*), представляет собой особый тип самодеструктивного дерматоза, при котором саморасчесы проявляются не на здоровой коже, а усиливают (амплифицируют) реальное дерматологическое заболевание – угревую болезнь (*sum materia*).

Применительно к синдрому глоссалгии в условиях КПЛ психопатологические характеристики симптомокомплекса *sum materia* остаются не определены. Доступные публикации симптомокомплекса *sum materia* при глоссалгии ограничены описаниями отдельных случаев, например, при инфекционного генеза поражениях полости рта: сочетанная стафилококковая и кандидозная инфекция, сопровождающаяся гетерономными сенсациями в орофациальной области по типу телесных фантазий (ощущения «лопающихся пузырьков шампанского» во рту и «ползания мурашек под кожей») [84].

В изученной выборке ***соматически (дерматологически) индуцированный глоссалгический синдром*** (ипохондрия *sum materia*), представлен казуистическими наблюдениями – 11 пациентов. Средний возраст – $59,5 \pm 13,5$ лет, 9 женщин, длительность заболевания – $4,3 \pm 1,9$ года.

Во всех проанализированных наблюдениях помимо ощущений в полости рта выявляются также объективные изменения слизистой, соответствующие диагнозу КПЛ. Элементы сыпи наблюдаются изолированно на слизистой полости рта, без поражения кожи или слизистой гениталий (КПЛ полости рта). В большинстве наблюдений (81,8%) высыпания обнаруживаются на слизистой щек в ретромолярной области, на внутренней поверхности губ, слизистой альвеолярных отростков и языке, в остальных случаях (18,2%) – только на спинке языка.

Элементы сыпи представлены молочно-синюшными папулами с ороговевающей верхушкой, соединенными между собой кератотическими «мостиками», с образованием типичной ретикулярной сетки («сетка Уикхема»).

При сопоставлении больных глоссалгией *cum materia* ($n = 11$) с пациентами, страдающими глоссалгией *sine materia* ($n = 39$), обсуждавшейся в предыдущей главе, не обнаружено статистически значимых различий по таким параметрам как возраст, продолжительность заболевания, возраст дебюта заболевания, психометрический уровень тревоги и депрессии по шкалам PHQ-2 и GAD-2. При этом интенсивность боли (согласно визуальной аналоговой шкале) и выраженность соматизации (шкала SOMS-2) при синдроме глоссалгии *cum materia* оказались статистически значимо ниже по сравнению с глоссалгией *sine materia*. В свою очередь качество жизни (по шкале EQ-5D), напротив, было выше среди обсуждаемых здесь больных, что может указывать на меньшую морбидность глоссалгии *cum materia* (см. таблицу 9).

Таблица 9 – Сопоставление социодемографических и клинико- психометрических данных больных с глоссалгическим синдромом *cum* и *sine materia*

Признак	Глоссалгия		Значение критерия Манна-Уитни	Значимость различий, $p \dots$
	<i>cum materia</i> ($n = 11$)	<i>sine materia</i> ($n = 39$)		
Возраст больных	$61,0 \pm 18,7$	$58,0 \pm 14,8$	119,5	$p = 0,642$
Продолжительность заболевания	$1,75 \pm 1,9$	$3,6 \pm 4,5$	7,5	$p = 0,044$
Возраст дебюта заболевания	$58,8 \pm 18$	$55,4 \pm 15,2$	335,0	$p = 0,005$
Частота сопутствующей соматической патологии	63,6%	35,9%	-	$p = 0,100$
Визуальная аналоговая шкала боли	$5,6 \pm 1,6$	$7,8 \pm 2,0$	58,5	$p \leq 0,01$
Шкала качества жизни EQ-5D	$81,3 \pm 13,0$	$55,3 \pm 22,4$	55,0	$p \leq 0,01$
Оценка уровня тревоги (шкала GAD-2)	$1,4 \pm 1,0$	$2,3 \pm 1,0$	77,0	$p \leq 0,01$
Оценка уровня депрессии (шкала PSQ-2)	$1,8 \pm 1,4$	$2,3 \pm 1,0$	122,5	$p \leq 0,01$
Оценка уровня соматизации (шкала SOMS-2)	$18 \pm 5,2$	$26,4 \pm 5,4$	35,0	$p \leq 0,01$

Отличительной особенностью КПЛ в представленных наблюдениях выступает характер триггерных воздействий, приводящих к манифестации заболевания и/или провоцирующих рецидивы (см. рисунок 6). Так, манифестация глоссалгии, ассоциированной с КПЛ, в отличие от больных органоневротическим и соматопсихотическим типом (*sine materia*), которые характеризуются разнообразием триггеров (психогенных, соматогенных, местно-травматических), во всех наблюдениях синдрома *sum materia* дебют происходит вслед за стоматологическими манипуляциями – «соматический стресс» (экстракция зубов, установка коронок либо зубных протезов, резекция кисты челюсти). Подобная травма приводит к лихеноидной реакции слизистой по типу КПЛ (типичной, ретикулярной, гиперкератотической), сопровождающейся коэнестезиопатиями. При этом стоматологическое вмешательство (в части случаев довольно массивное) и манифестация КПЛ выступают одновременно в качестве психотравмирующего воздействия («нозогенный стресс»), приводящего к нозогенным тревожно-ипохондрическим реакциям [59] с монопатологиями (прежде всего, онкофобией) – см. главу 3, раздел – «психопатология глоссалгии».

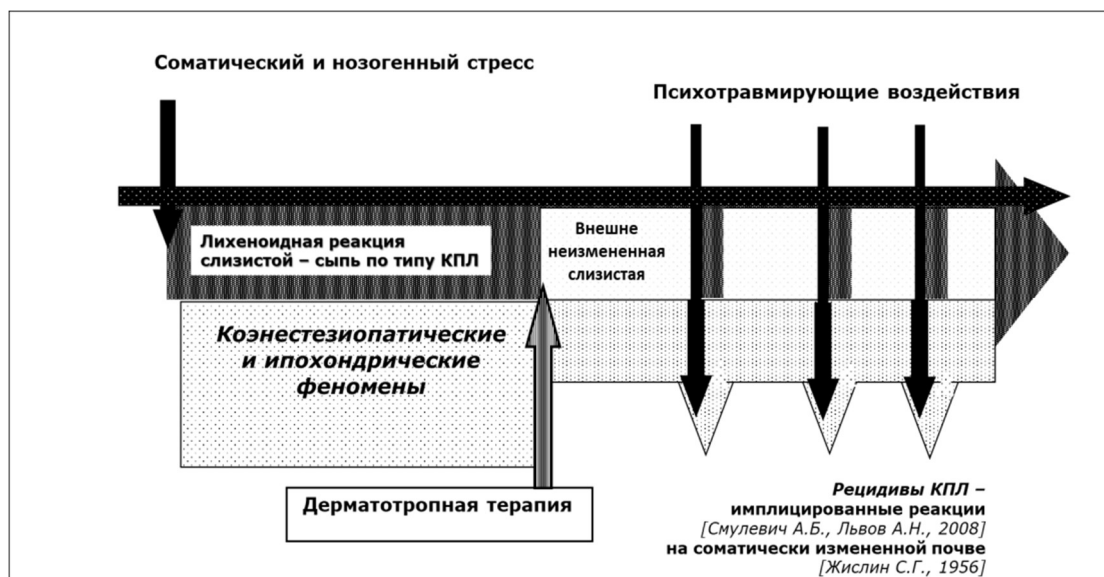


Рисунок 6 – Глоссалгический синдром *sum materia*: клиническая структура на уровне амплификации соматической (красный плоский лишай) патологии

Упомянутые выше высыпания на слизистой хорошо поддаются местной (топической) дерматотропной терапии (с использованием препаратов,

способствующих регенерации слизистой), и в течение 3-5 недель, как правило, наблюдается их полная редукция. Однако, несмотря на обратное развитие объективно регистрируемых высыпаний и восстановление слизистой, имеющей внешне нормальный вид, как коэнестезиопатии (боль/жжение), так и ипохондрические феномены персистируют (в т.ч. тактильные/зрительные иллюзии – пальпаторные ощущения неровности, визуализация больными «язв» и «эрозий» слизистой). В дальнейшем течение заболевания характеризуется провоцированными психогенными триггерами рецидивами. Отмечаются обострения, проявляющиеся как лихеноидными высыпаниями (КПЛ), так и экзацербациями ипохондрических феноменов *sum materia*. Фактически в таких случаях экзацербации носят характер психосоматических реакций на соматически измененной почве [29], протекающих на уровне амплификации соматической (здесь – дерматологической – КПЛ) патологии.

В результате клинического обследования установлено, что психопатологическая структура синдрома глоссалгии *sum materia*, так же как глоссалгия *sine materia*, имеет бинарную структуру (см. главу 3). Речь идет о базисных коэнестезиопатиях (здесь – сочетанных с симптомами КПЛ) и ассоциированных с ними ипохондрических феноменах. Однако феноменология глоссалгии *sum materia* при КПЛ имеет ряд особенностей, отличных от глоссалгии *sine materia*, которые приведены ниже и ранжированы согласно бинарной структуре синдрома.

При глоссалгии *sum materia* патологические ощущения не ограничиваются исключительно объективно пораженными участками слизистой. Телесные сенсации на слизистой полости рта выходят за границы проекции высыпаний и распространяются на незатронутые КПЛ участки. При этом ощущения в проекции высыпаний и за их пределами характеризуются не только феноменологической гетерогенностью, но и двумя типами коморбидности (см. ниже).

Сенсации *в проекции сыпи*, наблюдающиеся в периоды манифестации/экзацербации КПЛ соотносятся с описаниями соматических сенсорных феноменов, свойственных для типичной и гиперкератотической форм

КПЛ, приводимых в литературе и квалифицируемых как биологически обусловленные – «лихеноидные» – ощущения, связанные с кератинизацией слизистой [39]. Такие ощущения мономорфны и характеризуются как чувство «сухости», «стянутости», «покалывания». Они соответствуют ощущениям, характерным для типичной («безболевой») формы КПЛ, которая диагностирована у 5 пациентов, а также ретикулярной и гипекератотической – еще по одному наблюдению. Ни в одном из обсуждаемых здесь случаев не обнаруживалось ни язв, ни пузырей (булл), характерных для «болевых» форм КПЛ (эрозивно-язвенной, буллезной), сопровождающихся активным воспалительным процессом с обусловленными им алгическими сенсациями.

Сенсации *за пределами проекции сыпи* клинически соответствуют невротическим коэнестезиопатиям, возникающим при органических неврозах иной локализации (например, кардиалгиям при кардионеврозе, абдоминалгиям при синдроме раздраженного кишечника и пр. [31]) либо представлены идиопатическими алгиями или сенесталгиями и сходны по клиническим характеристикам с сенсорными феноменами при сенестоипохондрии с синдромом сверхценной одержимости (ограниченная – *circumscripta* – ипохондрия [33, 115]). В целом «набор» таких сенсаций при синдроме глоссалгии *cum materia* не столь широк как при синдроме глоссалгии *sine materia*, а феномены идеоипохондрии не выходят за рамки невротической и сверхценной ипохондрии, не достигая степени тяжести психотического регистра.

При этом сенсации в пределах проекции сыпи и за ее пределами характеризуются различной *динамикой, позволяющей выделить два типа коморбидности коэнестезиопатий*: 1) генерализация сенсаций за пределы проекции сыпи и имитация свойственных КПЛ лихеноидных коэнестезиопатий невротическими ощущениями (дублирующий тип коморбидности); 2) распространение идиопатических алгий/сенестоалгий с внешне неизменной слизистой на участки сыпи с перекрыванием соматических/лихеноидных (поглощающий тип коморбидности) – см. рисунок 7 .

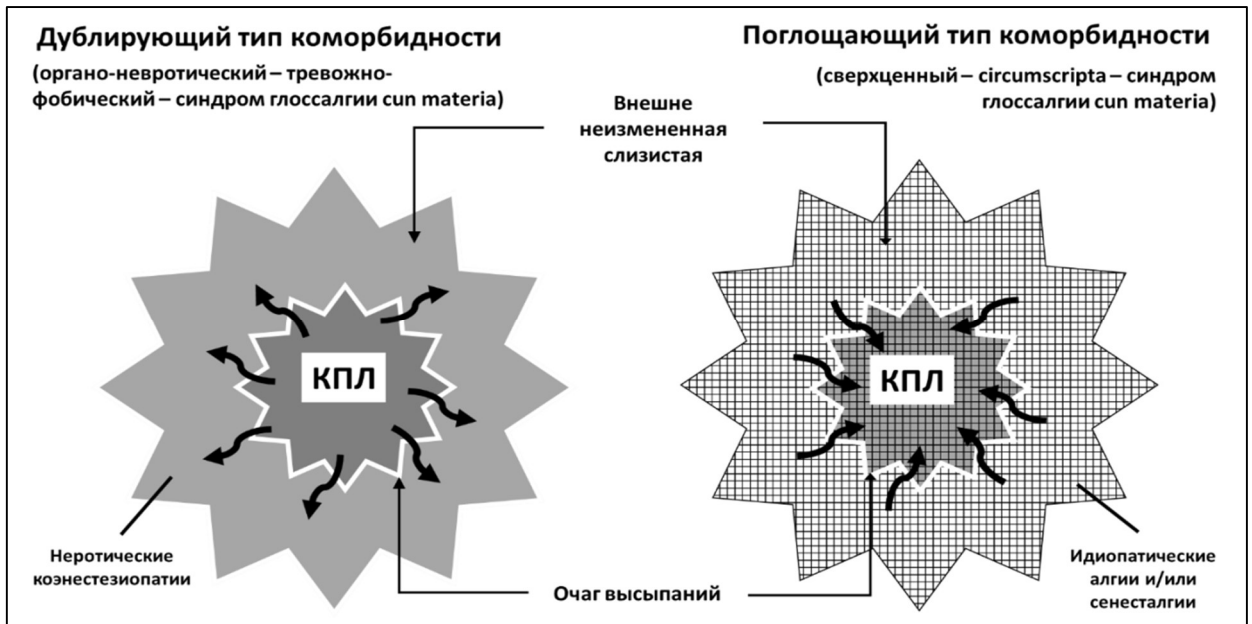


Рисунок 7 – Типы коморбидности коэстетезиопатий при синдроме глоссалгии cum materia (на модели красного плоского лишая)

В зависимости от преобладания указанных двух типов сенсаций, корреспондирующих им идеоипохондрических феноменов, а также выделенных вариантов коморбидности соматических/лихеноидных сенсаций и психопатологически обусловленных сенсопатий, синдром глоссалгии cum materia дифференцируется на **органоневротический** (здесь – **тревножно-фобический**) и **сверхценный – circumscripta – варианты**.

4.1. Органоневротический тип глоссалгии cum materia

Органоневротический (тревножно-фобический) вариант синдрома глоссалгии cum materia. У большинства больных (7 набл.) сенсации за пределами проекции сыпи соответствуют клинической картине невротических коэстетезиопатий [17, 31], при тревожно-ипохондрических состояниях (невротическая ипохондрия). В отличие от истералгий в виде образно описываемых ощущений по типу жжения, горения, варьируемых по интенсивности/локализации и свойственных синдрому истероипохондриии sine materia (см. главу 3), здесь сенсации гомономны. Речь идет о поверхностных, имеющих постоянную

локализацию в пределах полости рта ощущениях, сопровождающихся локальными явлениями вегетативной дисфункции (отечность, ксеростомия, дисгевзия, изменение консистенции – «загущение» – слюны и пр.) и подверженных экзацербациям в результате усиливающих тревожный аффект психотравмирующих ситуаций.

В пользу функциональной природы обсуждаемых ощущений говорит возникновение тактильных и зрительных иллюзий, закономерно не наблюдающихся при синдроме глоссалгии *sine materia*. Здесь (глоссалгический синдром *cum materia*, ассоциированный с безболевым формой КПЛ) высыпания имеют свойственный для типичной, гиперкератотической и ретикулярной форм КПЛ характер и представляют собой не отличающиеся пальпаторно от здоровой слизистой папулы и сетки, которые не возвышаются над поверхностью слизистой и не образуют ее дефекта (в отличие от булл или язв при «болевым» формах КПЛ). Однако больные при самообследовании пальпаторно, но чаще при ощупывании языком, а также под контролем зрения обнаруживают на слизистой щек, внутренней поверхности губ, деснах, кончике и боковых поверхностях языка «образования» (по сути, являющиеся папулами и сетками, не содержащими воспалительного компонента), которые гиперболизированно воспринимаются и интерпретируются ими как «язвы слизистой», «дефекты», «углубления», «неровности», «бугорки» (*тактильные и зрительные иллюзии*). В обсуждаемых наблюдениях, в отличие от синдрома истероипохондрии *sine materia*, не наблюдаются нарушения из сферы патологии воображения (телесные фантазии) и драматизированные истералгии, приуроченные при синдроме *sine materia* к внешне неизменной слизистой.

Ипохондрические феномены, наблюдаемые при данном варианте глоссалгического синдрома *cum materia* носят характер *невротической ипохондрии*. Больным свойственна ипохондрическая фиксация внимания – сосредоточенность на патологических ощущениях и пальпируемых/визуализируемых «изменениях слизистой» – обостренное самонаблюдение с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия [17]. Идеаторная фиксация на заболевании также носит характер ипохондрических опасений (тревожно-фобических

феноменов) соотносимых с явлениями «катастрофизации» (дезадаптивного когнитивного стиля, характеризующегося необоснованным ожиданием развития негативных событий в будущем [222] – здесь применительно к собственному здоровью). Больные формируют в связи с коэнестезиопатиями представления по типу «тревоги вперед» – о распространении высыпаний на всю поверхность полости слизистой, что, согласно их опасениям, в будущем может существенно нарушать речь и/или прием пищи, также, несмотря на уверения врачей, предполагают, что процесс может распространиться на другие слизистые и/или кожу. При этом, в отличие от больных с органоневротическими состояниями *sine materia* по типу истероипохондрии (см. главу 3) при тревожно-фобическом синдроме *sum materia* не наблюдается столь драматически окрашенных стойких монопатофобий (онкофобий, бактерио/вирусофобий). Опасения онкологического характера заболевания транзиторны – присутствуют лишь на ранних этапах и после установления диагноза КПЛ редуцируются.

Наряду с синдромальной структурой у больных с органо-невротическим типом глоссалгии проанализированы преморбидные характеристики личности, оценивавшиеся как клинически, так и психометрически с помощью шкалы SCID-II-PD. В отличие от больных с органо-невротическим (истеро-ипохондрическим) вариантом синдрома *sine materia*, где закономерно преобладали истерические аномалии, в группе больных с органоневротическим (тревожно-фобическим) вариантом синдрома при КПЛ доминируют РЛ кластера С – тревожно-мнительные (избегающие, 3 набл.) и обсессивно-компульсивные личности (4 набл.).

Органоневротический (тревожно-фобический) вариант глоссалгии *sum materia* иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Больная К.Р.Н., 63 года.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия матери:

Бабка (умерла в 75 лет) – образования не имела, работала в сельском хозяйстве. По характеру тревожная, гиперопекающая, мнительная в отношении своего здоровья.

Дед (умер в 56 лет) – работал шофером. По характеру сдержанный, обстоятельный, любитель порядка и дисциплины.

Мать (умерла в 73 года) – работала учетчицей на производстве. По характеру трудолюбивая, скрупулезная, склонная к сомнениям и перепроверкам. В семье – отзывчивая, неизменно принимавшая участие в жизни детей.

Линия отца:

Бабка (умерла в 62 года) – работала фельдшером. По характеру открытая, общительная. Была увлечена работой, стремилась помогать нуждающимся, любила, когда к ней обращались за советом, пользовалась авторитетом.

Дед – подсобный рабочий. С молодости злоупотреблял алкоголем, пил запоями, на работах не удерживался. Умер в 50 лет от алкогольного поражения печени.

Отец (умер в 81 год) – по специальности оператор котельной. Будучи ветераном ВОВ, даже после тяжелого, инвалидизирующего ранения остался на фронте, вернувшись домой, адаптировался, несмотря на последствия болезни. По характеру был компанейским, общительным, любил быть в центре внимания. Много времени уделял семье и детям.

Пробанд родилась от пятой беременности. Раннее развитие без особенностей. Детство провела в деревне, ДДУ не посещала. По характеру формировалась тревожной, робкой. Несмотря на то, что любила общение, стеснялась сама познакомиться. В кругу же близких родственников была разговорчива, смешлива. С удовольствием участвовала в детских активных играх, однако избегала потенциально опасных ситуаций, боялась травм или наказания со стороны родителей. Была ранима, чувствительна к замечаниям в свой адрес, могла легко расплакаться. Однако, будучи отходчива, отвлекшись, так же быстро могла развеселиться, долго обиды не помнила. С раннего возраста проявлялись признаки невропатии – становилось «дурно» при переменах погоды, возникала слабость, особенно в духоте, укачивало в транспорте. Реагировала тахикардией и одышкой на физические и эмоциональные нагрузки. При обследованиях патологии не выявлялось, симптоматика купировалась самостоятельно. Терапевтами

диагностировалась «вегетативно-сосудистая дистония». Также отмечалась повышенная чувствительность кожи – появление транзиторных высыпаний и зуда после употребления в пищу «аллергенных» продуктов (цитрусовых, ягод), в условиях повышенной инсоляции и при пребывании на холоде.

В школу пошла в возрасте 6 лет. Училась на «хорошо» и «отлично», предпочтение отдавала основным предметам, к ним всегда тщательно готовилась. Несколько часов в день тратила на выполнение домашних заданий, стремилась, чтобы все было идеально, старалась не допускать ошибок, перепроверяла сделанное. Несмотря на приятельские отношения с одноклассниками, была стеснительной, боялась негативной оценки со стороны сверстников или учителей. Часто становилась объектом их насмешек. Выступая у доски, испытывала тревогу, краснела, возникали потливость ладоней, учащенное сердцебиение. Как правило, справлялась с волнением, от ответов у доски не отказывалась, однако других публичных выступлений, например, участия в самодеятельности избегала.

Menses с 15 лет, регулярные, обильные, болезненные. В предменструальный период в течение нескольких дней испытывала тянущие боли внизу живота, утомляемость, слабость, была плаксива, раздражительна.

В подростковом возрасте стала более раскована, начала внимательнее относиться к своей внешности, пользоваться декоративной косметикой. Реже испытывала смущение и тревогу при общении с новыми людьми. Принимала ухаживания молодых людей, часто влюблялась, однако так же быстро «остывала». Будучи послушной, не вступала в романтические отношения из-за страха осуждения родителями, не одобрявшими преждевременного общения с противоположным полом. После школы в 17 лет поступила в университет на инженерную специальность, адаптировалась хорошо, училась в основном на «четыре». Тревожилась перед экзаменами. Порой во время сессий спала по 3-4 часа в сутки ради подготовки. После окончания института некоторое время работала по специальности инженером, ушла из профессии в 90-е годы из-за материальных трудностей. В дальнейшем систематически не работала, зависела финансово от мужа. Большую часть времени посвящала семье и воспитанию детей, брала на себя

решение большинства бытовых вопросов, к которым подходила со свойственной ей тщательностью.

Замуж вышла в 24 года. В избраннике, прежде всего, привлекли решительность, «умение позаботиться», нравилось чувствовать себя «под его опекой». В браке была зависима от мнения супруга, старалась выполнять требования мужа, считала его главой семьи. Несмотря на то, что знала о том, что супруг злоупотребляет алкоголем, поначалу пыталась преуменьшить проблему, «не обращала внимания» на его частые алкоголизации, и лишь через несколько лет осознала, что это может серьезно повлиять на дальнейшую жизнь. Умоляла его отказаться от пагубной привычки, предлагала свою помощь в избавлении от зависимости. В такие моменты испытывала тревогу за будущее, была плаксива, возникали транзиторные, до нескольких дней периоды снижения настроения. Во время конфликтов с супругом испытывала дрожь в груди, сердцебиение, возникала эмоциогенная эритема лица, шеи и области декольте. Однако быстро успокаивалась, продолжительных периодов подавленности не отмечалось.

Беременности в 26, 30 и 34 года, все трое родов кесаревым сечением в связи с со слабостью родовой деятельности. Между первой и второй беременностью в 27 лет – хирургический аборт, так как опасалась, что материальное положение не позволяет завести второго ребенка. После аборта в течение трех месяцев испытывала чувство вины, снижение настроения, ходила в церковь, молилась. Настроение нормализовалось, гипотимия постепенно редуцировалась без специализированной помощи. Вторая и третья беременность протекали с угрозой прерывания, большую часть срока провела в больнице. После оперативного родоразрешения тяжело и долго восстанавливалась, испытывала тянущие боли в области малого таза и тревогу за здоровье – опасалась последствий очередной беременности для организма («не выдержит сердце», «откажут почки»). В послеродовом периоде тоски, подавленности, суицидальных мыслей не возникало. Сон, аппетит не нарушались. Состояние без суточного ритма. Чувства к ребенку возникли сразу. В результате гинекологического обследования органических причин, способных объяснить болевой синдром обнаружено не было. Выставлялся

диагноз «синдром хронической тазовой боли». Не смотря на постепенную редукцию алгий в течение полугода, после третьих родов охотно согласилась на предложенную ей операцию по перевязке маточных труб, так как испытывала страх смерти, связанной с возможной беременностью, боялась, что еще одних родов не перенесет, постоянно прокручивала в голове мысли о вероятных трагических последствий вероятной новой беременности. После операции стерилизации, которую перенесла хорошо, начала пристально следить за своим здоровьем. Предполагала, что три беременности нанесли «серьезный вред» организму, ослабили его, чутко прислушивалась к соматическим симптомам. В течение полугода после родов также стала периодически ощущать учащенное сердцебиение, казалось, что чувствует перебои в сердечном ритме, особенно часто замечала это при физических нагрузках и в психотравмирующих ситуациях. Боялась возможной сердечной катастрофы. При выраженных экзacerbациях неоднократно обследовалась у кардиологов и терапевтов (объективно – незначительная синусовая тахикардия), что лишь на время снижало интенсивность тревоги о здоровье. Раз в год проходила диспансеризацию. Периодически при особенно частом сердцебиении принимала антиаритмики. Ограничивала физические нагрузки, старалась избегать стрессовых ситуаций, прежде всего, семейных конфликтов – почувствовав дискомфорт в прекардиальной области, прекращала спор с мужем и уходила в другую комнату. Однако несмотря на перечисленные жалобы продолжала самостоятельно вести домашнее хозяйство, заниматься воспитанием трех детей, не перекладывая свои обязанности на супруга.

По отношению к детям была тревожной, гиперопекающей. Старалась как можно больше времени проводить с ними, каждый раз долгое время после родов находилась с ними дома сама, не отдавая в детские дошкольные учреждения. Фиксировалась на состоянии их здоровья, испытывала тревогу уже при незначительных недомоганиях. По мере взросления детей сумела сохранить с ними близкие эмоциональные отношения, пользовалась их доверием, стремилась помогать в сложных жизненных ситуациях.

В 50 лет в связи с ежемесячными маточными кровотечениями, сопровождавшимися интенсивными болями, был поставлен диагноз «гиперплазия матки неясной этиологии». Была направлена в онкологический стационар, где услышав, что ее патология может носить злокачественный характер, отреагировала танатофобией и гипотимией. Обследование и лечение не откладывала, сразу согласилась на необходимые процедуры, осознав реальность угрозы. Была подавлена, плаксива. Постоянно «прокручивала в голове» тревожные мысли о неизбежном летальном исходе заболевания. Резко ухудшился аппетит. В связи с тревожными руминациями нарушился сон по типу трудностей засыпания. Вплоть до того, как узнала результаты биопсии, продолжала испытывать сильную тревогу, сопровождавшуюся сердцебиениями, потливостью, чувством неполноты вдоха. Несмотря на отрицательный результат биопсии, подтвердившей доброкачественный характер опухоли и редукцию в течение месяца гипотимии, нарушений сна и аппетита, тревога сохранялась, сомневалась в точности диагностики, боялась ложно отрицательного результата гистологического исследования. После оперативного вмешательства (гистерэктомии) на фоне сохраняющейся тревоги в стационаре перенесла несколько панических приступов с тахикардией, нехваткой воздуха, страхом смерти, купированных бензодиазепиновым транквилизатором. В дальнейшем панические атаки не возобновлялись, агорафобии не возникало. Однако, если прежде внимательно следила за функцией сердца, то теперь так же пристально стала заниматься «профилактикой» онкопатологии. При недомогании, периодических болях в области малого таза, возникало усиление тревоги о здоровье. Чаше, чем предусмотрено планом наблюдения, посещала онколога. По собственной инициативе сдавала повторные анализы на определение онкомаркеров. При отрицательных результатах успокаивалась лишь на время.

Несмотря на то, что уделяла немало времени вопросам собственного здоровья, сохраняла привычную активность. Астении, апатии не возникало. Организовывала переезд в загородный дом и его обустройство, несмотря на большое количество новых бытовых обязанностей успешно с ними справлялась.

Вычурных патологических ощущений или генерализации сенсаций не наблюдалось. По характеру не менялась, сохраняла привязанность к супругу и детям, которым помогала с воспитанием внуков, периодически полностью брала на себя уход за ними.

В 62 года перенесла внезапную смерть мужа. Узнала о случившемся по телефону. Сразу осознала произошедшее. Резко снизилось настроение. Была плаксива, постоянно испытывала тоску по супругу, жалела его, винила себя, что так и не смогла заставить его полностью избавиться от пристрастия к спиртному, хотя последние годы брака тот выпивал редко. Нарушился сон, мешали постоянные воспоминания об умершем. Перестала оставаться одна в доме, где скончался супруг, стала избегать находиться на дачном участке, так как «все напоминало об умершем». Обострилась тревога за собственное здоровье, боялась, что может так же как и супруг внезапно скончаться от недиагностированного соматического заболевания. Несколько раз обращалась в поликлинику по месту жительства к терапевту и онкологу. Успокаивалась после проведения рутинных тестов. При этом аппетит не снижался, типичной суточной динамики состояния с утренним ухудшением не наблюдалось, витальной тоски в груди не испытывала, суицидальные мысли не возникали. За психиатрической помощью не обращалась. Продолжала справляться с домашними обязанностями. В течение года настроение выравнивалось, тоскливые мысли и идеи вины редуцировались, нормализовался сон. Спустя год после кончины мужа (63 года) начала экстренное стоматологическое лечение в связи с поврежденной коронкой. Практически сразу же после замены коронки появились патологические ощущения в полости рта. Стала чувствовать болезненность, а также «покалывание» и «напряжение» щеки в области соприкосновения с новой коронкой. В течение месяца ощущения распространились на боковую поверхность, а затем на кончик и спинку языка, а также стали возникать на противоположной стороне слизистой щек, затем – на слизистой десен и губ. Ощущения усиливались после психотравмирующих воздействий – в результате эмоционально тяжелых воспоминаний/разговоров (например, когда тема касалась недавно умершего мужа).

Месяц спустя заметила в зеркале «язвочки» на слизистой всей полости рта, которые описывала как мелкие «белые точки», особенно болезненные при прикосновении, чувствовала на месте «язвочек» дефекты слизистой, когда касалась пальцами или языком. Затем присоединилось чувство сухости во рту. Возник страх онкологического заболевания ротовой полости – боялась рака языка.

Многократно посещала различных специалистов, делала гастроскопию, не выявившую патологию. В итоге обратилась в МНПЦДВК на прием к дерматологу, специализирующемуся на патологии слизистой полости рта. Был поставлен диагноз красный плоский лишай, ретикулярная форма. В связи с несоответствием интенсивности и характера субъективных жалоб объективному локальному статусу рекомендована консультация психиатра.

Психический статус.

Выглядит на свой возраст. Одета и причесана аккуратно, косметикой пользуется умеренно. Одета скромно, в клетчатый брючный костюм. Мимика живая. Выражение лица встревоженное, поза напряженная. В начале беседы не может скрыть волнения, ерзает на стуле, тербит пальцами край одежды. По ходу беседы постепенно успокаивается, становится разговорчива, многоречива. Обстоятельно с массой подробностей рассказывает о состоянии своего здоровья, на котором фиксирована. Жалуется на неприятные ощущения в полости рта по типу покалывания, стянутости, напряжения, сухости слизистой. Ощущения локализованы на слизистой щек, губ, деснах, а также на кончике, спинке и боковых поверхностях языка. Рассказывая о локализации ощущений, демонстрирует участки слизистой как пораженные высыпаниями, так и неизменные. Жалуется, что «болит весь рот». Сообщает, что если поначалу ощущения локализовались только в месте соприкосновения слизистой с коронкой, то затем распространились на всю ротовую полость. Слизистую полости рта больная описывает как «изъязвленную», что чувствует как при ощупывании как языком, так и пальцами. Говорит, что ощущения не меняются по характеру и большую часть времени неизменным по интенсивности. Однако отмечает усиление сенсаций при приеме пищи, сетует, что уже незадолго до еды начинает испытывать тревогу, ожидая, что придется

«побеспокоить» поверхность рта и ощущения усиливаются еще до начала трапезы. Также жалуется, что сенсации интенсифицируются в состоянии утомления либо после воздействия «психического стресса», в ситуациях, вызывающих тревогу.

Фиксирована на болезненных ощущениях в полости рта и состоянии здоровья в целом, ипохондрична. Сообщает, что постоянно перепроверяет состояние слизистой, ежедневно по несколько раз осматривая в зеркало полость рта. Опасается увидеть признаки распространения процесса, фиксирует динамику заболевания с помощью камеры мобильного телефона. Изучает доступную информацию о болезнях слизистой, стремится перепроверять назначения врачей из опасений, что препараты могут иметь побочные эффекты в отношении других ее болезней – прежде всего, кардиальных симптомов. Признается, что после появления «боли» и «уплотнений» во рту некоторое время боялась онкопатологии – рака полости рта, метастазов в результате вероятного рецидива «недиагностированной» в свое время онкопатологии матки. При этом утверждает, что после установления диагноза КПЛ перестала опасаться возможного злокачественного характера заболевания. Однако говорит, что остаются сомнения относительно обусловленности ощущений в полости рта только КПЛ, опасается, что наряду с дерматозом последние могут иметь аллергическую природу, боится анафилаксии.

Осознает, что больна дерматологической патологией, не характеризующейся неблагоприятным течением, однако испытывает тревогу по поводу возможного распространения процесса. Опасается, что высыпания в полости рта могут перейти в более тяжелую, язвенную, форму, либо «расползтись», перейти на другие слизистые. Боится, что не сможет полноценно жить, так как высыпания и постоянные боли будут мешать принимать пищу, говорить. Соблюдает своеобразный «охранительный» режим – старается избегать стрессовых воздействий. Так, старается избегать разговоров об умершем супруге, не ездит на кладбище к могиле мужа, так как утверждает, что из-за наплыва воспоминаний ощущения в полости рта усиливаются.

Настроение характеризует как ровное большую часть времени. Связывает эпизодические спады настроения длительностью несколько часов с усилением ощущений в полости рта и воспоминаниями об умершем муже. При этом сообщает, что в целом «пережила» его кончину, смирилась с произошедшим, перестала винить себя, «приняла случившееся». Appetit не снижен, в весе за прошедший год не теряла. Отмечает усиление тревоги к вечеру, когда «остаётся наедине» с опасениями относительно прогноза болезни. Жалуется, что из-за непрерывно прокручивающихся перед сном тревожных мыслей о здоровье и одновременно усиливающихся ощущений в полости рта, подолгу не может уснуть. Сообщает, что одновременно с обострениями ощущений во рту нередко отмечает эпизодически возникающие тянущие боли в прекардиальной области и сердцебиения, которые сопровождают ее с 34 лет и так же как теперь ощущения во рту усиливаются в ситуациях, сопровождающихся усилением тревоги. Ночных и ранних утренних пробуждений нет. Суицидальные мысли как на момент осмотра, так и в течение жизни отрицает.

Дерматологический статус. В области слизистой щеки справа, прилегающей к недавно установленной коронке второго верхнего моляра, выявляются остаточные высыпания КПЛ (ретикулярная форма) в виде белесоватых папул диаметром около 1 мм в виде сетчатого рисунка, распространяющихся на верхнюю десневые поверхности. Процесс в стадии стабилизации. Эрозии, язвы не визуализируются. Язык не обложен, ровного розового цвета, без признаков высыпаний.

Соматический и неврологический статус

Консультация невролога от 06.07.2019: Дисциркуляторная энцефалопатия.

Обследование черепно-мозговых нервов патологии не выявляет.

Консультация офтальмолога от 31.07.19: Без патологии.

Консультация терапевта от 06.07.19: Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Температура 36.7 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 15 в мин. Тоны ясные, ритмичные. АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 91/мин. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон ЭКГ от 17.07.2019: Синусовая тахикардия, ЧСС 91 ударов в минуту.

Нормальное положение ЭОС.

Биохимический анализ крови от 07.08.2019: АЛТ 19 е/л (0-41), АСТ 26 е/л (0-35), билирубин 11,0 мкм/л (2-20,5), мочевины 3,1 ммоль/л (3-9,2), альбумины 42,7 г/л (35-52), глюкоза 5,0 ммоль/л (4,1-5,9), холестерин 5,2 ммоль/л (3,9-5,2), общий белок 76 г/л (66-88).

Общий анализ крови от 07.08.2019: лейкоциты $5,3 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,81 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 127 г/л, гематокрит 0,345 л/л, среднее содержание гемоглобина в эритроците 90,6 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 368 г/л, тромбоциты $238 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы п/я $5 \cdot 10^9/\text{л}$, с/я $64 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы $1 \cdot 10^9/\text{л}$, базофилы $-2 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты $22 \cdot 10^9/\text{л}$, моноциты $6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/л.

Общий анализ мочи от 24.07.2019: удельный вес – 1015, реакция 7,0, белок – 0,069 г/л (до 0,1 г/л), сахар, ацетон- не обнаружены, лейкоциты – отр., эритроциты неизмененные – отр.

Липидный профиль от 04.07.2019: ЛПНП-холестерин 2,82 ммоль/л (1,84-4,45 ммоль/л), ЛПВП-холестерин 1,76 ммоль/л (0,86-2,05 ммоль/л).

Гормональное исследование от 04.07.2019: Т4 свободный – 12,6 пмоль/л (9- 19,1), ТТГ-0,9 мЕд/л (0,4-4), Т3 свободный – 3,8 пг/мл (2,63-5,7), Т4 общий – 71,7 нмоль/л (62-150), Т3 общий – 1,51 нмоль/л (0,89-2,4), пролактин – 367,7 мМЕ/л (109-557).

Терапия. Алимемазин 10 мг в сутки.

Катамнез в течение 6 месяцев. В течение трех месяцев после начала психофармакотерапии полностью редуцировались коэнестезиопатии в полости рта, редуцировалась тревога, наладился сон. При этом продолжала исполнять рекомендации не только в отношении психофармакотерапии, но и топической дерматотропной терапии, несмотря на то, что объективно высыпания на слизистой редуцировались в течение месяца. Через 4 месяца после начала лечения самовольно отменила терапию по ипохондрическим соображениям

(боялась долго принимать психотропные препараты, опасаясь «вреда для психики»). Месяц спустя перенесла «стресс» (попытка ограбления квартиры). Испытала сильный страх не только за имущество, но и за свою жизнь. После этого ощущения в полости рта возобновились, однако хотя феноменологически не отличались от беспокоивших прежде, были слабее по интенсивности. Также рецидивировали высыпания, однако как и ощущения были менее выражены – занимали меньшую площадь. После возобновления психофармакотерапии и коррекции топического лечения сенсации и сыпь в течение двух недель вновь редуцировались.

Разбор. На момент обследования состояние больной определяется синдромом глоссалгии органо-невротического типа, возникшим на соматически измененной почве в условиях объективно диагностированной патологии слизистой (*cum materia*). Диагноз «красный плоский лишай слизистой полости рта, ретикулярная форма» объективно подтвержден дерматологом (рисунок 8).

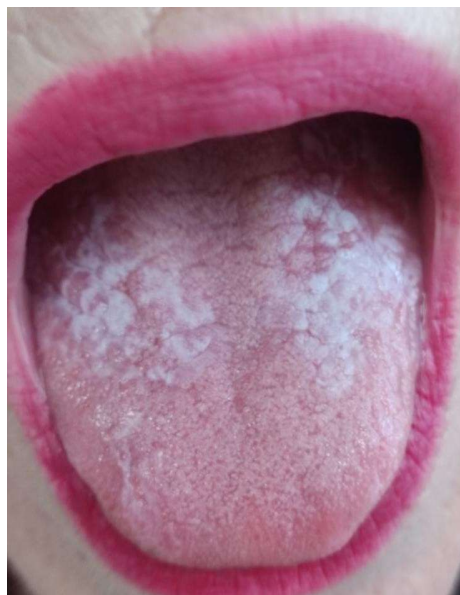


Рисунок 8 – Слизистая полости рта с высыпаниями по типу КПЛ
(фото любезно предоставлено врачом-дерматологом к.м.н. А.В. Терещенко)

Психопатологически симптомокомплекс имеет бинарную структуру и соответствует картине ассоциированной с коэнестезиопатиями полости рта невротической (тревожно-фобической) ипохондрии.

Коэнестезиопатии представлены гомономными сенсациями [148] («покалывания», «стянутость»), сопоставимыми с таковыми при соматической патологии – лихеноидными ощущениями, свойственными безболевым формам КПЛ [87]). Сенсации феноменологически мономорфны, персистируют в пределах слизистой, не распространяясь в подлежащие ткани. Однако их динамика с расширением границ ощущений за пределы сыпи на внешне неизменённую слизистую при стабильности описательных характеристик и присоединением вегетативной дисфункции слизистой (сухость во рту – ксеростомия), а также тактильных и зрительных иллюзий (пальпируемые и видимые дефекты – «язвочки» слизистой в виде углублений и «белых точек»), указывают на психопатологическую природу коэнестезиопатий. Фактически, особенностью обсуждаемого симптомокомплекса является нарушение психосоматических соотношений – ощущения в полости рта нельзя *полностью объяснить* объективно наблюдаемыми симптомами дерматоза. Кроме того, в качестве аргументов в пользу невротической природы сенсаций выступает их отчетливая связь с тревожным аффектом. С одной стороны, наблюдается обострение коэнестезиопатий при усилении тревоги в результате психотравмирующих воздействий (например, попытка ограбления квартиры), на которые пациентка в силу характерологических особенностей реагирует усилением тревоги – реактивная лабильность (см. ниже анализ личностных особенностей). С другой стороны, характерна тревога ожидания [131], например, незадолго перед приёмами «раздражающей слизистой» пищи. Такая тревога не только предвосхищает, но и фактически индуцирует эскалации коэнестезиопатий, на которые в свою очередь пациентка реагирует тревогой о здоровье – см. ниже («психосоматический цикл» по В.В. Марилову [42]). Таким образом, обсуждаемые коэнестезиопатии и явления вегетативной дисфункции можно квалифицировать как «невротические коэнестезиопатии», свойственные для органо-невротических симптомокомплексов [31].

На базе обозначенных выше коэнестезиопатий, как соматического (в связи с КПЛ), так и психопатологического генеза, у пациентки формируются ассоциированные ипохондрические феномены, которые можно квалифицировать

как невротическую [150] (здесь – тревожно-фобическую) ипохондрию. Больной свойственны характерные для этого симптомокомплекса феномены «тревоги о здоровье» [95], нозофобии и тревожные опасения с ипохондрическим содержательным комплексом, связанным с телесными сенсациями в ротовой полости и диагнозом КПЛ. Так, больная на инициальном этапе болезни обнаруживает отчетливую онкофобию, носящую транзиторный характер и редуцировавшуюся вслед за постановкой диагноза относительно благоприятно текущего дерматоза (КПЛ). Однако на смену последней приходят имеющие свойства «тревоги вперед» ипохондрические опасения дальнейшего утяжеления дерматоза (трансформации в язвенную форму), распространения высыпаний за пределы ротовой полости, преувеличение последствий болезни в отношении нарушений функционирования – приема пищи, нарушения речи. Ипохондрические опасения, закономерно для тревожного расстройства усиливаясь к вечеру, приобретают характер тревожных руминаций, сопряженных с ранней бессонницей (трудностями засыпания). Явления тревоги о здоровье дополняет обостренное самонаблюдение с перепроверками состояния слизистой (проверяющее поведение – «checking behavior» по J. Abramowitz), как визуально в зеркале, так и с помощью фото-фиксации, а также тактильный контроль – ощупывание слизистой. Также наблюдается обусловленное болезнью избегающее поведение («профилактика» стрессовых воздействий, усиливающих коэнестезиопатии, в т.ч. ситуаций, напоминающих о смерти супруга).

В плане нозологической квалификации синдрома глоссалгии *sum materia* в представленном наблюдении заболевание можно трактовать в ряду ипохондрических реакций (расстройства приспособительных реакций – F43.23 согласно критериям МКБ-10), формирующихся на поздних этапах траектории расстройств личности кластера С (согласно дифференциации, принятой в DSM-IV) – тревожная (избегающая/уклоняющаяся – F60.6 в МКБ-10) личность – тревожно-мнительный характер С.А. Суханова (1905) или психастенический характер (Ганнушкин П.Б. 1907). Подтверждающие данную квалификацию характерологических аномалий черты включают свойственные с детства

тревожность, нерешительность, робость, застенчивость, «гиперсенситивность», препятствующую общению – волнение при первых контактах с людьми, нивелирующееся при близком знакомстве; явления социофобии и эрептофобии при ответах у доски в школе; сомнения и «тревогу вперед» с опасениями за будущее и фобическим избеганием соответствующих ситуаций; добросовестность и тщательность в бытовых вопросах; непосредственность, мягкость и гиперопека в отношениях с детьми; зависимость от супруга как финансово, так и при принятии важных решений [75, 195]. В качестве дополнительного фактора в пользу трактовки РЛ в пределах тревожного круга также говорит накопление личностей кластера С среди родственников первой линии, прежде всего, по материнской линии (отец, мать и бабушка – носители тревожно-мнительных и ананкастных черт, часто перекрывающихся [127]). Преморбидные особенности личности больной наряду с соответствием критериям МКБ-10 и DSM-5 также верифицированы результатами интервью с помощью опросника SCID-II-PD (5 из 7 возможных баллов по подшкале избегающего РЛ), а также анамнестическими сведениями.

В качестве значимой (в плане ипохондрических феноменов) дименсии в структуре РЛ у больной также отмечается соматоперцептивная акцентуация по типу невропатии [186] с транзиторными явлениями вегетативной дисфункции как в виде общих и неврологических симптомов (астения, укачивание), так и в пределах респираторной, сердечно-сосудистой систем, а также – в пространстве кожного покрова (повышенная чувствительность к инсоляции и переохлаждению, а также пищевая «псевдоаллергия» и явления эмоциогенной эритемы во время конфликтов с мужем). Такая акцентуация традиционно рассматривается в качестве предиктора развития соматовегетативных и тревожно-ипохондрических расстройств [59, 64].

В пользу нозологической трактовки состояния в пределах динамики РЛ тревожного кластера также говорит траектория в форме реакций и развития личности, проявляющихся преобладанием тревожно-ипохондрических феноменов, развивающихся как независимо, так и в условиях гипотимических реакций, также типичных для личностей кластера С – «котимия» [255], что среди прочего

способствует формированию у больной тревожных руминаций, в т.ч. ипохондрического содержания.

Так, первая отчетливая ипохондрическая реакция в 34 года в течение полугода после оперативного родоразрешения. Проявлялась функциональными (соматоформными) тазовыми болями и явлениями кардионевроза, танатофобии и тревожными руминациями о пошатнувшемся здоровье в связи с беременностями и родами, а также страхом повторения ситуации в будущем. С целью избежать «тревожного сценария» больная легко согласилась на стерилизацию. Вслед за реакцией, несмотря на редукцию алгий – ипохондрическое, по типу невротической ипохондрии, развитие личности в связи с явлениями манифестировавшего в послеродовом периоде кардионевроза [132]. Появилась мнительность в отношении здоровья «в связи со слабостью сердца», сформировала «ритуалы» регулярного медицинского обследования, каждый раз после которого тревога о здоровье на время редуцируется, чтобы рецидивировать после очередной психогенной провокации. Таким образом, симптомы кардионевроза (тахикардия, ощущения перебоев в работе сердца, кардиалгии) приняли типичный хронический многолетний волнообразный характер [57], фактически сохраняясь до момента актуального обследования и выступая в качестве, и «преморбидных» и коморбидных по отношению к глоссалгическому синдрому.

Явления реактивной лабильности наряду с тревогой также реализуются у пациентки феноменами гипотимии. Однако все депрессии психогенно и/или нозогенно/соматогенно провоцированные, непродолжительные и подверглись обратному развитию без специализированной помощи по мере обратного развития психотравмирующей ситуации либо редукции нозогенного/соматогенного стресса. Так, в 27 лет – после хирургического прерывания беременности, отмечался первый очерченный транзиторный период гипотимии длительностью три месяца с чувством вины перед неродившимся ребенком.

Отчетливая тревожно-депрессивная реакция с ипохондрическими феноменами в 50 лет при подозрении на злокачественное новообразование матки. Проявлялась острой тревогой о здоровье, подавленностью, плаксивостью

руминациями о возможном неблагоприятном исходе, нарушениями сна по типу ранней инсомнии, сниженным аппетитом и сомато-вегетативными расстройствами, включая серию панических атак. Хотя реакция разрешилась в течение месяца, после исключения онкологического диагноза, однако ипохондрическая фиксация (теперь – в связи с опасениями онкопатологии) и перепроверки результатов обследований сохранялись, дополнив картину ипохондрического развития, ранее включавшего явления кардионевроза. Сопоставимая с предыдущей тревожно-депрессивная реакция (по типу утраты), спровоцированная смертью супруга, развилась в 62 года и реализовалась гипотимией, навязчивыми мыслями об умершем, а также тревожно-фобической симптоматикой, в т.ч. ипохондрического содержания (танатофобия). Аналогичная динамика реактивных психических расстройств со сменой обусловленного психотравмирующей ситуацией денотата (утраты) на ипохондрический содержательный комплекс описана в литературе как при патологии *sine materia* [18], так и в условиях соматической/неврологической патологии [24].

Как психопатологическая характеристика, так и динамика глоссалгии *sum materia* в обсуждаемом наблюдении соотносится с ранее перенесенными реактивными состояниями. Здесь – соматогенный и нозогенный стресс в связи со стоматологическими манипуляциями привели к содружественной манифестации соматических («лихеноидная реакция»), коэнестезиопатических и ипохондрических феноменов. При этом реакция (а затем и рецидив глоссалгии), как и ранее перенесенные реакции, подверглась относительно быстрому обратному развитию в результате малоинтенсивного психофармакологического лечения (невысокие дозы пограничного нейрорепрессанта и антидепрессанта с анксиолитическим эффектом), на что указывают данные катамнеза.

Представленная динамика характерна для реактивно спровоцированных органо-невротических состояний конституционального генеза (реакции в пределах ресурсов личности [88], в том числе у личностей избегающего круга, особенно на отделенных этапах траектории данного РЛ [75].

В плане подтверждения нозологической трактовки состояния в рамках динамики РЛ необходимо провести дифференциальный диагноз с эндогенно-процессуальной и аффективной патологией, позволяющий исключить последние.

В плане исключения ипохондрической формы шизофрении необходимо отметить следующее. Ипохондрические феномены здесь ограничиваются гомономными сенсациями как в плане характерных для глоссалгического синдрома, так и для кардионевротических жалоб и других соматовегетативных расстройств, свойственных пациентке. Таковые не обнаруживают процессуальной трансформации с видоизменением до сенесталгий/сенестопатий, либо иных гетерономных коэнестезиопатий эндогенной природы [5, 14, 38]. Идеаторные ипохондрические феномены у больной ограничены кругом конгруэнтных ее конституциональному предрасположению тревожно-фобических нарушений – прежде всего, тревогой о здоровье – и не видоизменяются не только в бредовые, но и сверхценные образования. При этом не протяжении жизни больная сохраняет достаточно высокий уровень адаптации, не обнаруживая признаков появления/нарастания негативных расстройств – как волевых (avolition), так и эмоциональных. Несмотря на то, что пациентка уделяла немало времени здоровью, сохранялся стабильный уровень активности, не обнаруживая признаков шизоастении [152], в типичных случаях ассоциирующейся с явлениями процессуальной ипохондрии. За годы болезни также не отмечается деформация структуры личности, сохраняющей и в преклонном возрасте основной тревожно-ипохондрический модус реагирования.

В плане исключения аффективной патологии (рекуррентной депрессии), обнаруживающей значительную коморбидность с избегающим РЛ, необходимо отметить следующее. Несмотря на то, что в течение жизни у пациентки возникали психогенно спровоцированные эпизоды сниженного настроения, длившиеся до полугода, их нельзя квалифицировать в рамках эндогенного аффективного заболевания. Психопатологическая структура состояний не соответствует признакам витальной депрессии – не отмечалось «загрудинной» проекции тоски, типичного суточного ритма, апатии, ангедонии, суицидальных мыслей. Несмотря

на то, что соматоформные расстройства (по типу хронической тазовой боли и кардионевроза) впервые манифестировали в послеродовом периоде, состояние в тот период нельзя трактовать как проявления послеродовой депрессии ввиду отсутствия явлений психической анестезии с отчуждением эмоций, утратой аффективного резонанса с окружающим (феномен *anaesthesia psychica dolorosa*) [46, 62]. Также следует подчеркнуть, что все периоды гипотимии были психогенно/соматогенно спровоцированы и/или сопряжены с тревожным аффектом и явлениями соматизации, редуцировались самостоятельно и не требовали обращения за специализированной психиатрической помощью.

4.2. Сверхценный тип глоссалгии *cum materia*

Глоссалгический синдром *cum materia* по типу сверхценной – *circumscripta* – ипохондрии в изученной выборке представлен четырьмя казуистическими наблюдениями, в которых при сочетании КПЛ с глоссалгией сенсации как в пределах, так и за пределами высыпаний квалифицируются как идиопатические алгии либо сенесталгии, сходные с коэнестезиопатиями при синдроме ограниченной ипохондрии [65, 115, 153, 218]. Основным свойством таких сенсаций является локализованность (ограниченность в плане «органной изоляции» – *circumscripta*), а также резкая очерченность топографических границ сенсаций («круг боли размером с монету», «полоса боли вдоль языка» и т.п.).

На всем протяжении заболевания коэнестезиопатии носят изолированный характер, не распространяясь за пределы определенной топографической зоны – в данном случае ограничиваются полостью рта, не переходя на нижележащие отделы пищеварительной/дыхательной систем. В этом плане коэнестезиопатии отличаются от сенсаций (сенестопатий), свойственных глоссалгическому синдрому *sine materia* психотического регистра в картине соматопсихоза (см. главу 3), которым свойственна генерализация с распространением на «экстраоральные» области.

Идиопатические алгии, отмеченные в двух из 4 обсуждаемых наблюдениях, носят мономорфный, однообразный характер (гомономные расстройства телесного чувства [149]: сопоставляются пациентами с болями при соматической патологии, пережитой ранее. Так, боли на слизистой полости рта и в области челюсти сравниваются с ощущениями после удаления зуба, порезом острым предметом, болью после перелома кости и пр.

В свою очередь сенесталгии у остальных двух других больных данной группы имеют более сложную психопатологическую структуры (гетерономные расстройства телесного чувства [149], локальные сенестопатии, по L. Forney, 1954): не похожее на прежний опыт соматических болезней «распирание», «разбухание», «отечность», «перетекание» в языке и/или других участках слизистой полости рта. При этом у всех больных обсуждаемой группы имеет место ощущение, сопоставимое с чувством «инородного предмета» в языке или участке слизистой, мешающего говорить и принимать пищу – «словно тяж внутри языка», «пузырь в глубине язвы», (телесные фантазии). Однако, в отличие от аналогичных сенестопатий при кожном варианте синдрома ограниченной ипохондрии [67] здесь не наблюдаются «фантастические визуальные явления» [92] – отсутствуют дополняющие коэнестеziопатии зрительные иллюзии, когда извлеченные фрагменты кожи и подкожной клетчатки из соответствующих коэнестеziопатиям областей воспринимаются как не свойственные живым тканям объемные патологические образования, принимаемые за чужеродные объекты.

На начальном этапе развития синдрома глоссалгии, спровоцированная стоматологическим вмешательством реакция слизистой по типу КПЛ, лишь непродолжительное время сопровождается «лихеноидными сенсациями» (покалывание, стягивание), аналогичными таковым при органоневротическом типе синдром (см. выше – рисунок 8). Последние в течение 1-2 недель «перекрываются» и замещаются психопатологически обусловленными идиопатическими алгиями либо сенесталгиями и телесными фантазиями, в дальнейшем определяющими структуру коэнестеziопатий на протяжении всего заболевания (поглощающий тип коморбидности телесных сенсаций).

При синдроме глоссалгии *sum materia*, сопровождающемся идиопатическими алгиями либо сенесталгиями и телесными фантазиями, ипохондрические расстройства не достигают психотического регистра, а ограничиваются феноменами сверхценной ипохондрии (одержимость болями с аутоагрессивным поведением, направленным на их элиминацию из пространства слизистой). Участок слизистой в проекции сыпи и коэнестезиопатий начинает восприниматься больными как нечто «чужеродное», в связи с чем пациенты охвачены идеей избавления от соответствующих ощущений. В трех наблюдениях речь идет о борьбе с сенсациями в области отчуждаемых участков с помощью доверенной аутоагрессии [191] – больные обращаются к стоматологам-хирургам с требованиями иссечения слизистой. Лишь в одном наблюдении – аутоагрессия прямая. Однако в отличие как от кожной формы синдрома ограниченной ипохондрии, так и от синдрома глоссалгии *sine materia* психотического регистра, прямая аутоагрессия носит не столь грубый характер – ограниченное применение концентрированных антисептических растворов и самоповреждения с помощью зубной щетки и металлической ложки. В этом случае элементы сыпи фактически поддерживаются вследствие ежедневной травматизацией уже существующих регенерирующих высыпаний, что способствует хронизации воспаления и приводит к повышению чувствительности слизистых в соответствующих местах с появлением новых типичных высыпаний КПЛ (феномен Кёбнера¹⁰). При этом больные не обнаруживают присоединения бредовых феноменов по типу нозомании либо идей паразитарной инвазии (дерматозойный бред).

При анализе преморбидных характерологических аномалий, оценивавшихся как клинически, так и психометрически с помощью шкалы SCID-II-PD установлено следующее. В отличие от больных с органо-невротическим вариантом синдрома *sum materia*, в группе больных с КПЛ выявлены РЛ кластера А – трое больных соответствовали критериям паранойяльного, один – шизотипического РЛ. При

¹⁰ Феномен Кебнера – феномен, характеризующийся появлением свежих (первичных) высыпаний в области раздражения кожного покрова (царапин, ожогов, послеоперационных швов, очагов воспаления, расчёсов и др.) наблюдающейся при некоторых дерматозах (псориаз, красный плоский лишай, герпетиформный дерматит Дюринга и др.).

этом нозологически во всех четырех случаях речь идет о патологии шизофренического спектра (F2 в МКБ-10).

Глоссалгический синдром *cum materia* по типу сверхценной ипохондрии иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Больная С.Л.П., 63 года.

Наследственность психопатологически не отягощена. Сведений о родственниках по отцовской линии нет, т.к. родители пациентки с младенческого возраста в разводе.

Линия матери.

Бабка (умерла в 65 лет) – по специальности разнорабочая. По характеру сдержанная, скрытная, малообщительная. Всю жизнь была недоверчива к посторонним, доверительные отношения поддерживала лишь с ближайшими родственниками.

Дед (погиб в 45 лет в результате несчастного случая на производстве) – работал монтажником. По характеру был добродушным, веселым, общительным. С молодости злоупотреблял алкоголем.

Мать (умерла в 83 года) – по профессии маляр. По характеру «строгая, но справедливая», сдержанная, ответственная. Любила порядок дома и на работе, не терпела, когда его нарушали.

Дочь (44 года) – по специальности экономист. Отличается активностью и приподнятым фоном настроения. При этом упорная, настойчивая, добивается своего, активно борется за свои права. Раздражительна, несдержана, конфликтует с родственниками и коллегами.

Пробанд родилась от первой нормально протекавшей беременности. Росла и развивалась в соответствии с возрастной нормой. С раннего детства была общительна, стремилась к лидерству, нравилось, когда другие дети принимали предложенные ей правила игры, прислушивались к ее словам. Со взрослыми (воспитателями, учителями) часто спорила, отстаивая свое мнение. С детства любила и хорошо переносила физическую нагрузку – могла провести весь день на

улице в активных играх, занималась спортом – легкой атлетикой, бегом на лыжах. Отличалась от сверстников энергичностью и неутомимостью.

В школу пошла в семь лет, адаптировалась легко. В детском коллективе была формально общительна, к близким отношениям не стремилась, не только не чувствовала потребности делиться сокровенным, но и не доверяла сверстникам, убеждалась в склонности использовать полученные сведения против нее, чтобы обидеть или выставить ее в дурном свете перед учителями. Учеба давалась с трудом, не отдавала предпочтения ни одному предмету, однако благодаря упорству и заучиванию, училась в основном на «хорошо». Мензис с 15 лет, регулярные, болезненные. В предменструальном периоде расстройств настроения не отмечала. В этот период в связи со свойственной ей полнотой стала замечать усмешки и «косые взгляды» одноклассников. Считала, что ее обсуждают «за спиной» из-за изъянов внешности. Испытывала раздражение в отношении «недоброжелателей», несколько снизилось настроение, однако витальных нарушений, тоски, апатии, суицидальных идей не возникало. Пыталась не только замаскировать «дефекты» внешности с помощью одежды, но и снизить вес с помощью строгой диеты, а также повышения физической нагрузки. При этом рвоты не вызывала, препаратов для похудения не принимала, резко в весе не теряла, аменореи не отмечалось. Поняла, что источником «сплетен» о ней является единственная приятельница, с которой до этого поддерживала отношения. Пыталась выяснять отношения как с ней, так и с другими «обидчиками». Несколько раз дралась с одноклассницами. При этом от посещения школы не отказывалась. По ее словам, «не собиралась сдаваться», была настроена «победить предвзятость». Состояние редуцировалось в течение полугода. Однако после этого изменилась по характеру. Стала более замкнутой, обособилась от одноклассников, усилилась подозрительность по отношению к сверстникам, старалась «предупредить» негативное к себе отношение, «давая отпор первой». Тогда же, по ее словам, «отдалилась от родителей», стала конфликтовать со строгой матерью, обвиняла ее в несправедливом отношении. Появилась не свойственная прежде рассеянность, учеба стала даваться еще тяжелее, чем прежде, в результате чего решила отказаться от идеи поступления в

ВУЗ. Сразу после окончания 8 классов, не желая оставаться в родительском доме, настояла на отъезде в другой город для обучения в экономический техникум. В дальнейшем работала по специальности, бухгалтером, однако часто меняла места работы в связи с конфликтами с начальством. С коллегами была формальна, во внерабочей активности участия не принимала, отмечала, что работает гораздо эффективнее, находясь в кабинете в одиночестве. В этой связи в возрасте 35 лет перешла на удаленный режим работы.

Состояла в браке с 18 до 36 лет. Выходила замуж не испытывая влюбленности к избраннику, «по расчету», так как у будущего мужа были лучше жилищные условия и финансовый достаток. Знала о том, что жених злоупотребляет алкоголем, как и вся его семья, однако не смущалась этим, считала, что сможет избавить его от зависимости.

Единственная беременность и роды – в девятнадцать лет, протекали без патологий. Чувства к ребенку появились сразу, была ответственной матерью, строго согласно рекомендациям специалистов выполняла обязанности по уходу за младенцем, однако по отношению к дочери была рациональна, строга, редко проявляла ласку, тревоги за нее не испытывала. После родов четырежды прибегала к хирургическому прерыванию беременности, что мотивировала плохими жилищными условиями, разногласиями с мужем, отсутствием потребности в детях. Снижений настроения после аборт не отмечала, чувства вины не испытывала, напротив, винила мужа в том, что была вынуждена идти на операции и использовала как аргумент против него в семейных разногласиях.

Уже на первом же году брака осознала, что алкоголизм супруга усугубляется – тот стал пить запоями, во время которых становился агрессивным, мог ударить. При этом испытывала тревогу не за собственную безопасность, а опасалась, что пьянство супруга может навредить ее карьере или скажется на будущем дочери, при этом к судьбе и здоровью самого мужа была равнодушна. Не предпринимала попыток лечения, не устраивала скандалов, однако, когда муж возвращался в состоянии особенно сильного опьянения, не впускала его в дом, даже в холодную погоду тревоги за его жизнь не испытывала. Рационально, по ее мнению,

рассудила, что будет жизнь с ним до тех пор, пока не подрастет дочь. Когда достигла желаемого уровня зарплаты и накопила на собственное жилье, без колебаний развелась, развод перенесла на холоду. После этого неоднократно заводила кратковременные романы с мужчинами, чувств ни к кому из них не испытывала, пресекала попытки развивать отношения, отказывалась съезжаться, объясняя это тем, что ее обременяет присутствие постороннего человека в доме.

В течение жизни перенесла ряд психогенно и соматогенно спровоцированных состояний, отличавшихся парадоксальностью эмоциональных реакций. В 50 лет в связи с тяжелой болезнью в течение полугода в одиночку ухаживала за лежащей матерью. При этом одновременно много работала, чтобы обеспечить необходимыми лекарствами. Чувствовала слабость, стала сильнее утомляться, испытывала головные боли давящего, сжимающего характера. Настроение было сниженным с преобладанием раздражительности, однако тревоги за мать не ощущала, тяготилась тем, что должна постоянно находиться около нее, воспринимала ту как «обузу». Нарушился сон, постоянно просыпалась из-за жалоб матери, после подолгу не могла уснуть. Снизился аппетит, порой забывала поесть, похудела на несколько килограмм. После смерти матери испытала облегчение, размышляла о том, что больше не будет «привязана» к неизлечимо больной. Дисфория редуцировалась, расстройства сна продолжались в течение нескольких месяцев, затем постепенно редуцировались.

В возрасте 55 лет спокойно, «на холоду», перенесла смерть бывшего мужа и судебный конфликт с его родственниками. С присущим ей упорством и тщательностью взялась за организацию судебного процесса, намереваясь отсудить в пользу дочери большую часть имущества. Не доверяла адвокатам, лично перепроверяла все документы, старалась вникнуть в тонкости законодательства, несколько раз меняла юристов, так как конфликтовала, быстро убеждаясь в их «некомпетентности». Поначалу тревоги и снижения настроения не испытывала, напротив, ощущала азарт, была уверена, что справедливость на ее стороне. Однако в течении судебного процесса, когда проиграла подряд несколько заседаний, стала более раздражительной, срывалась на дочь, нарушался сон по типу трудностей

засыпания и частых ночных пробуждений, возникали транзиторные идеи о «сговоре» противников. После разрешения конфликта в пользу пациентки, состояние, длившееся в течение полугода самостоятельно редуцировалось.

Первая соматогенно/нозогенно спровоцированная реакция в 16 лет, после случайного падения с дерева на спину. Возникли боли в поясницы, которые в течение нескольких дней усилились. Пыталась скрыть произошедшее от матери, терпела нарастающие алгии, однако в итоге была госпитализирована с диагнозом «разрыв кисты яичника». Перенесла его резекцию. При этом тревоги за здоровье не испытывала, настроение не снижалось. Недоумевала по поводу беспокойства матери в связи с опасениями возможного бесплодия. После операции быстро восстановилась.

Так же легко в возрасте 34 лет перенесла операцию по резекции второго яичника вследствие поликистоза. Первое время после операции чувствовала слабость, приливы жара, повышенную ночную потливость, однако после назначения гинекологом гормональной заместительной терапии симптомы редуцировались.

В 61 год перенесла перелом лучевой кости вследствие бытовой травмы. Испытала сильную тревогу за здоровье, боялась, что функции конечности могут не восстановиться полностью, что может потерять работоспособность. Скрупулёзно выполняла все предписания врача, дисциплинированно ходила на осмотры, однако, несмотря на рентгенологические признаки благополучного разрешения травмы, начала отмечать онемение и отечность пальцев пострадавшей руки. Неоднократно добивалась осмотра другими специалистами, подтверждавшими полное выздоровление, однако была убеждена, что перелом сросся неправильно. Изучив доступную медицинскую литературу, сформировала концепцию о «пережатии» нервных волокон костной мозолью. Требовала проведения операции по исправлению костной мозоли, однако получила отказ. Испытывала раздражение, считала, что никто из специалистов не хочет ей помочь, однако, в открытые тяжбы с врачами не вступала. Самостоятельно занялась реабилитацией. Пыталась разрабатывать руку самостоятельно с помощью серии собственноручно

подобранных упражнений, посещала физиотерапию, принимала назначенные препараты, однако кожная чувствительность так полностью и не восстановилась.

Глоссалгический синдром манифестировал в 62 года также в результате соматогенной провокации, когда после протезирования нескольких зубов, проводившегося с локальной анестезией, начала отмечать онемение слизистой щеки в углу рта с соответствующей стороны. В течение нескольких дней ощущения распространилось на округлый участок слизистой вокруг угла рта диаметром около 5 см. Нащупала языком уплотнение в этой области. В течение месяца сенсации на указанном ограниченном участке видоизменились: появились ощущения отечности, припухлости, пульсации; чувство словно внутри щеки под слизистой находится «фурункул, пытающийся прорваться внутрь полости рта». Временами испытывала ощущения, подобные судорогам, будто в пораженной области щеки «бьет электрическим током». Неоднократно обращалась к стоматологам, делала физиотерапию (магнитную, электрофорез) без какого-либо эффекта. Позднее консультировалась неврологами. Предполагалась невралгия тройничного нерва, а травматический генез ощущений в связи с повреждением нервных стволов вследствие стоматологических манипуляций, на чем настаивала сама больная, был исключен. Получала психофармакотерапию: карбamazепин 200 мг, амитриптилин 6,25 мг. Без эффекта.

Полгода спустя обратилась к дерматологу в клинику МНПЦДВК ДЗМ с жалобами на сохраняющиеся боли в слизистой полости рта вокруг угла рта. При объективном осмотре в соответствующей области выявлены типичные высыпания, поставлен диагноз «красный плоский лишай, ретикулярная форма», назначена топическая терапия. Несмотря на редукцию высыпаний в течение месяца, ощущения персистировали. Испытывала повышенную раздражительность, не могла сосредоточиться на актуальных делах, постоянно отвлекалась на ощущения в ротовой полости. Начала травмировать слизистую в области угла рта, стараясь «облегчить» выход содержимого «фурункула», после чего испытывала кратковременное облегчение. В таком состоянии повторно обратилась в клинику МНПЦДВК ДЗМ. В связи с персистированием сенсаций на фоне ремиссии

дерматоза и аутоагрессивным поведением была направлена на консультацию психиатра.

Психический статус.

Выглядит несколько старше своего возраста. Одет небрежно, в мятую одежду темных тонов. Косметикой не пользуется. Сидит в напряженной позе. Говорит громко, уверенным тоном. На дополнительную консультацию соглашается неохотно. С подозрением интересуется о цели беседы. Сообщает, что убеждена в неврологической либо дерматологической, а не психиатрической природе болезни. В начале беседы отвечает кратко, неразвернуто, раздраженно. При разговоре о своем заболевании оживляется, подробно описывает детали, предоставляет тщательно собранные в папку результаты анализов, разложенных в хронологическом порядке, а также собственноручно составленную таблицу с указанием дат визитов к врачам, назначенных препаратов и результатов терапии.

Жалуется на неприятные ощущения в полости рта – в области угла рта. Сообщает, что боли носят постоянный, мучительный характер, будто на слизистой существует открытая рана. Ощущает слизистую как опухшую, раздутую. Жалуется на ощущение инородного тела во рту в углу рта, сравнимое с присутствием «вздутия» и «напряжения», чувствует в глубине щеки под слизистой «пульсирующий фурункул», над которым слизистая словно онемела. Периодически ощущает в пораженной области болезненные «судороги», словно от прохождения электрического тока. Видит на слизистой в зеркале неровности, ощущает их пальпаторно языком и пальцами, воспринимает как «язвы». Периодически чувствует, что губы не смыкаются до конца. В этой связи жалуется на повышенное слюноотделение из рта, боится, что это заметно окружающим.

Излагая собственные представления о болезни, признается, что не понимает, о какой патологии идет речь. Прежде всего, просит избавить ее от мучительной боли в области угла рта, которую ассоциирует с «фурункулом» пульсирующим под слизистой. Говорит, что для облегчения боли использует зубную щетку, в результате воздействия которой на слизистую в указанном месте ощущает выход гнойного содержимого «фурункула», что на время облегчает боль. Других

аутоагрессивных действий не совершает. При этом настаивает на выполнение биопсии слизистой, считая, что это может уточнить диагноз и терапию. Признается, что обращалась к стоматологам и хирургам с просьбой иссечения слизистой. Когда же в пораженном месте появились «судороги», словно от прохождения электрического тока, предположила, что в процесс могут быть вовлечены нервы, например, случайно «задетые» при стоматологическом лечении, соответственно стала обращаться к неврологам и согласилась на консультацию психиатра. Сообщает, что самостоятельно разработала схему подобранных «методом проб и ошибок» мероприятий по минимизации болевых ощущений на основании, как ей представляется, современных исследований, сведения о которых черпает из научно-популярной литературы и сети «Интернет». Однако без разрешения врачей внедрять их не решается, предварительно консультируясь со специалистами. Так, следует строгой диете, исключив из рациона свежие фрукты и овощи, ест приготовленные на пару продукты без приправ и специй, употребляет только белые сорта мяса, так как считает, что такие меры предотвращают «раздражение» слизистой. Почерпнув в популярной медицинской литературе идею о возможном аллергическом компоненте развитии КПЛ, придерживается рекомендаций по питанию для аллергиков, исключив цитрусовые, кофе и пр. В течение дня регулярно выполняет процедуры для слизистой, назначенные врачом (обработка антисептиками), ради этого отвлекается от бытовых обязанностей, фиксирует факт выполнения в дневнике.

Описывает себя как человека рационального, опирающегося больше на факты и цифры, чем на эмоции. В этом ключе характеризует отношения с окружающими, в том числе дочерью, с которой конфликтует. Недоумевает, почему та обвиняет ее в «черствости». Аналогичным образом на холоду отзывается об умерших супруге и матери. Легко признается, что не нуждается в близких, «привязанности лишь тяготят». Говорит, что с молодости с подозрением относится к людям, называет себя «недоверчивой», что лишь усилилось с возрастом. Жалоб на апатию, повышенную утомляемость не высказывает. Утверждает, что и по поводу своей болезни также не испытывает сильной тревоги или снижения

настроения, бравируя «силой воли», сообщает, что терпит боль и намерена избавиться от нее, даже если придется «отрезать часть щеки».

Дерматологический статус. На слизистой полости рта выявляются остаточные высыпания КПЛ (ретикулярная форма) в виде белесоватых папул диаметром около 1 мм в виде сетчатого рисунка, охватывающего слизистую щеки справа. Процесс в стадии стабилизации. В центре очага – признаки травматизации в виде небольшой эрозии. Язык незначительно обложен, белесоватого цвета, без признаков высыпаний (рисунок 9).



Рисунок 9 – Слизистая полости рта с высыпаниями по типу КПЛ
(фото любезно предоставлено врачом-дерматологом к.м.н. А.В. Терещенко)

Соматический и неврологический статус

Консультация невролога от 20.06.2019: Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу.

Консультация офтальмолога от 18.06.19: Миопия средней степени.

Консультация терапевта от 20.06.19: Клинически значимой патологии со стороны внутренних органов не отмечено. Гиперферментемия.

ЭКГ от 18.06.2019: Синусовый ускоренный ритм, ЧСС 90 ударов в минуту.

Вертикальное положение ЭОС.

Биохимический анализ крови от 27.06.2019: АЛТ 16 е/л (0-41), АСТ 15 е/л (0-35), билирубин 6,2 мкм/л (2-20,5), мочевины 1,9 ммоль/л (3-9,2), альбумины 41,7 г/л (35-52), глюкоза 5,1 ммоль/л (4,1-5,9), холестерин 5,0 ммоль/л (3,9-5,2), общий белок 64 г/л (66-88).

Общий анализ крови от 18.06.2019: лейкоциты $6,2 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $3,76 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 129 г/л, гематокрит 0,376 л/л, среднее содержание гемоглобина в эритроците 100 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 343 г/л, тромбоциты $140 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы п/я $2 \cdot 10^9$ /л, с/я $66 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы $2 \cdot 10^9$ /л, базофилы $-0 \cdot 10^9$ /л, лимфоциты $24 \cdot 10^9$ /л, моноциты $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 6 мм/л.

Общий анализ мочи от 18.06.2019: удельный вес – 1010, реакция 7,0, белок – 0,035 г/л (до 0,1 г/л), сахар, ацетон – не обнаружены, лейкоциты – отр., эритроциты неизмененные – отр.

Липидный профиль от 31.05.2019: ЛПНП-холестерин 2,64 ммоль/л (1,84-4,45 ммоль/л), ЛПВП-холестерин 2,14 ммоль/л (0,86-2,05 ммоль/л).

Гормональное исследование от 18.06.2019: Т4 свободный – 15,3 пмоль/л (9- 19,1), ТТГ-0,8 мЕд/л (0,4-4), Т3 свободный – 4,7 пг/мл (2,63-5,7), Т4 общий – 94,55 нмоль/л (62-150), Т3 общий – 1,81 нмоль/л (0,89-2,4), пролактин – 406,5 мМЕ/л (109-557).

Терапия. Алимемазин 15 мг в сутки.

Катамнез (спустя 8 месяцев). Регулярно принимала психофармакотерапию, лечение переносила хорошо. За первые три месяца ощущения в полости рта, хотя полностью и не прошли, но значительно уменьшились по интенсивности, прекратились пароксизмальные сенсации, которые сравнивала с «судорогами». Редуцировались ощущения отечности и «фурункула» под слизистой, внешне воспринимала слизистую рта как здоровую. Прекратила травматизацию. Спустя 5 месяцев, несмотря на прием терапии, аутохтонно вновь выросли болезненные сенсации, появились жалобы на внешнее «изъязвление» слизистой. Однако при повторной консультации дерматолога объективно рецидив КПЛ верифицирован не был. Вновь начала травмировать слизистую и через месяц после интенсификации

ощущений опять появились высыпания по типу ретикулярной формы КПЛ (феномен Кебнера), однако не столь обширные как прежде. После коррекции дерматотропной терапии и смены психотропных препаратов (кветиапин до 75 мг, галоперидол до 10 мг) обострение купировалось: в течение месяца регрессировала сыпь, полностью редуцировались ощущения и аутоагрессивное поведение.

Разбор. На момент обследования состояние больной определяется синдромом сверхценной – *circumscripta* – ипохондрии [65, 72, 115, 223], манифестировавшей по типу шизофренической реакции [206] на процессуально измененной почве (шизофрения с преобладанием негативных расстройств с картиной эмоционального дефицита).

Коэнестезиопатии в обсуждаемом наблюдении представлены болевыми ощущениями по типу сенесталгий. Хотя сенсации сохраняют болевой характер, интенсивны (по визуальной аналоговой шкале боли субъективно оцениваются на 9 из 10 баллов), стабильны по локализации и ограничены локальным участком слизистой в углу рта, имеют проекцию по типу интрадермальной дизестезии (проникают в подлежащие ткани), однако не ограничиваются исключительно алгическими феноменами. В отличие от «типичных» описаний синдрома ограниченной ипохондрии, при котором сенсации лимитированы идиопатическими алгиями [37, 51, 65], в обсуждаемом наблюдении коэнестезиопатии гетерономны по отношению к проявлениям соматического заболевания и отличаются вычурностью, «бizarностью» свойственной переходным к элементарным сенестопатиям феноменам – сенесталгиям [5, 89]: «отечность» и «судороги» с ощущением прохождения электрического тока (процессуальная трансформация алгопатий). В качестве подтверждения такой квалификации выступает также динамика коэнестезиопатий. Хотя последние возникают в полости рта (исходно – «лихеноидные сенсации» в виде ощущения онемения) в условиях объективно диагностированного дерматоза (КПЛ), т.е. речь идет о глоссалгии *cum materia*, однако сохраняют гомономность лишь на начальном этапе, а затем перекрываются шизокарными ощущениями болевого характера (сенесталгии), как в проекции сыпи, так и за ее пределами (поглощающий тип

коморбидности). Особенностью синдрома, указывающей, несмотря на более морбидный характер алгий, на принадлежность к симптомокомплексам по типу ограниченной – *circumscripta* – ипохондрии, также является возникновение телесных фантазий (ощущение «фурункула» под слизистой) с характерным отчуждением участка ткани в проекции ощущений (см. ниже). Помимо сенесталгий и телесных фантазий имеют место тактильные и зрительные иллюзии, типичные для синдрома глоссалгии *sum materia* в целом – слизистую, на которой объективно обнаруживаются лишь ретикулярные сетки, свойственные для данного типа КПЛ, пациентка воспринимает как «изъязвлённую», подтверждение чему, как находит при визуальном обследовании в зеркале, так и ощущает, «ощупывая» языком.

Ипохондрические феномены, сопряженные с сенсациями, соответствуют картине сверхценной ипохондрии – мышление пациентки фокусируется на попытках установить причину болевого синдрома и поиске способов его излечения [59]. Фактически речь идет о нозофилии («культ болезни» – по И.Н. Ефимову, 1977) с «синдром одержимости болями». Предположительная причина болей, «гипотезу» которой «тестирует» больная в данном клиническом наблюдении, в возможной непреднамеренной травме нервов при проведении стоматологических манипуляций, что объективно привело к развитию лихеноидной реакции (КПЛ), но не к болевому синдрому. При этом участок слизистой, выступающий в качестве источника болей, определяется пациенткой как чужеродное организму образование, противопоставляемое остальному пространству «здорового тела». Это обуславливает развитие соответствующего одержимости стремления к его «экстракции» из сферы собственного тела, сопровождающегося самодеструктивным поведением (использование щетки для выдавливания «гноя из фурункула») и готовностью к доверенной аутоагрессии (аутодеструктивные действия, делигированные медицинским работникам [85]) – стремление к биопсии; готова ради избавления от боли «отрезать часть щеки». При этом аутоагрессия с травматизацией слизистой в условиях КПЛ приводит к утяжелению дерматоза в связи с феноменом Кебнера, что реализуется во время рецидива расстройства на этапе катамнеза. Типичное для связанных с кожным покровом форм ограниченной

ипохондрии аутоагрессивное поведение в представленном наблюдении дополняется свойственными сверхценной ипохондрией в целом попытками выявить связь симптомов с характером питания и склонностью к самолечению с разработкой иррациональной (с медицинской точки зрения) диетической схемы. При этом соответствующая сверхценная идея почерпнута из медицинской литературы, где приводятся данные о возможном аллергическом компоненте развития КПЛ. Больная детально анализирует свое состояние, скрупулёзно отмечая и фиксируя малейшие изменения симптоматики, составляя таблицы и графики, отображающие динамику заболевания.

При этом ипохондрические идеаторные феномены в рассматриваемом наблюдении не достигают степени бреда – отсутствует бредовая концепция относительно какого-либо конкретного заболевания, преднамеренно не диагностируемого врачами, что позволяет исключить нозоманию. Не происходит бредовой интерпретации «фактов» и данных медицинской литературы, больной не свойственны сутяжные тенденции. Пациентка не отрицает факта наличия у себя КПЛ, что позволяет исключить синдром бреда приписанной болезни [19].

Как и при органоневротическом синдроме глоссалгии *sum materia* непосредственным триггером, спровоцировавшим дебют обсуждаемого расстройства, служит стоматологическое вмешательство. Однако модус реагирования больной в обсуждаемом наблюдении обусловлен психопатологически измененной почвой – шизофреническая коэнестезиопатическая реакция [14, 19, 77]. В плане такой трактовки показательна как психопатологическая структура синдрома глоссалгии – позитивные расстройства (шизокарные гетерономные сенсации – сенесталгии, аутоагрессивное поведение), так и наличие негативных расстройств, определяющих структуры преморбида и нозологическую квалификацию состояния.

Будучи с детства носителем черт личности кластера А паранойяльного круга (дименсии соответствующего РЛ включали повышенную активность, конкурентность, амбициозность, подозрительность, конфликтность, соматотонию [20, 59, 98]), в возрасте 15 лет перенесла приступ эндогенно-процессуального заболевания с картиной дизморфического синдрома и сенситивными идеями

отношения, после чего отчетливо изменилась по характеру. Несмотря на отсутствие отчетливого снижения в волевой сфере и признаков редукции энергетического потенциала, наряду с легкими когнитивными нарушениями («рассеянность») на передний план вышли массивные негативные явления с картиной эмоционального дефицита (*diminished expression* [70, 138]), определявшие структуру сформировавшего «псевдопсихопатического» состояния. Нарастают отстраненность, малоэмоциональность, склонность к рационализации собственных эмоций, что отражается на модусе взаимодействия с близкими родственниками – выборе супруга и особенностях жизни в браке, отношениях с матерью и дочерью. Наряду с этим наблюдается нарастание паранойяльных тенденций – в конфликтных ситуациях пациентка обнаруживает обусловленную подозрительностью эксплозивность, расценивает собственные неудачи как следствие злого умысла. Данные анамнеза подтверждаются психометрической оценкой (по шкале SCID-II-PD – 4 из 6 возможных баллов по подшкале паранойяльного РЛ).

Дальнейшая (с 16 лет до момента актуального обследования) траектория эндогенно-процессуального заболевания реализуется шизофреническими реакциями, как психогенно, так и соматогенно провоцируемыми. Так, психогенно провоцируемые шизофренические реакции отмечались в возрасте 50 и 55 лет – в связи с болезнью и смертью матери, а также супруга, соответственно. Модус реагирования в обоих случаях определялся дефицитом эмоциональной экспрессии и парадоксальностью аффекта (дисфорией, отстраненностью), а в случае с супругом – в условиях судебной тяжбы реакция усложнилась и трансформировалась за счет транзиторных сутяжных феноменов сверхценного уровня.

В свою очередь соматогенные/нозогенные реакции в возрасте 16 и 34 лет в связи с гинекологической патологией характеризовались гипонозогнозией и явлениями соматопсихической упрости, устойчивости к соматической патологии (*resilience* [204]). Контрастный ипохондрический модус реагирования на соматогенный/нозогенный стресс реализовался у больной лишь в позднем возрасте

– в 61 год, в связи с переломом руки, и в 62 года – в связи со стоматологической операцией. В обоих случаях речь идет о формировании симптомокомплекса по типу сверхценной ипохондрии, хотя в случае первой такого рода реакции.

Заключение.

Таким образом, условное клиническое пространство, в котором располагается глоссалгия, представлено континуумом, на одном из полюсов которого доминирует психическая патология, а на другом – соматическая. То есть, с одной стороны - функциональные расстройства органно-невротического круга и патология психотического регистра (ипохондрия *sine materia* – см. главу III), а с другой – истинное дерматологическое заболевание (здесь – красный плоский лишай, КПЛ), т.е. ипохондрия *cum materia*.

В пределах этого континуума наряду с двумя типами *sine materia* (см главу 3) выделяется имплицированный дерматологический (соматически-индуцированный) тип синдрома. Соответственно, в этих случаях коэнестезиопатические феномены можно рассматривать как амплифицированные – возникающие в присутствии объективной дерматологической патологии, которая, тем не менее, не может полностью объяснить природу и выраженность субъективных жалоб (ипохондрия *cum materia*).

В обсуждаемых наблюдениях с сочетанной клиникой глоссалгии и «безболевого» форм КПЛ речь идет об имплицированном психопатологически-соматическом расстройстве по аналогии с амплифицированным зудом, возникающим в качестве «надстройки» при реально существующих зудящих дерматозах [41]. Клинические характеристики таких синдромов определяются диссоциацией между минимальными проявлениями поражений кожи/слизистой (здесь – отсутствие патологических изменений, свойственных эрозивно-язвенной и буллезной формам КПЛ) и выраженностью жалоб на телесные сенсации с широкой, не совпадающей с локализацией дерматологической патологии топографией при наличии сопряженных коэнестезиопатических/ипохондрических феноменов.

ГЛАВА 5. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ГЛОССАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Переходя к обсуждению терапевтических стратегий относительно глоссалгического синдрома, следует прежде всего обратиться к проблеме терапии соматоформных расстройств (СФР) в целом, поскольку с психопатологических позиций обсуждаемый симптомокомплекс в изученной выборке может быть квалифицирован, прежде всего, в пределах этой группы психических нарушений. В современных классификациях СФР, выделенные в МКБ-10 и DSM-III/IV-TR, заменили рубрики, представленные «синдромом телесного дистресса» (МКБ-11) либо «расстройством с соматическими симптомами» (DSM-5-TR).

Согласно существующим рекомендациям основным методом лечения СФР и «необъяснимых соматических симптомов» в целом является психотерапия [214]. По данным большинства исследований, посвященных психотерапии СФР, наибольшей доказательной базой обладает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [168]. Так, в обзоре К. Kroenke [170] описано применение КПТ при таких СФР как соматизированное, ипохондрическое, а также дисморфическое расстройство (в МКБ-10 включено в группу СФР). При всех этих вариантах СФР КПТ показала свою эффективность (положительные результаты были достигнуты в 11 из 13 исследований, обобщенных в обсуждаемом обзоре). Более того, согласно современным данным при СФР наряду со стандартными протоколами также эффективны кратковременные (brief/abbreviated) когнитивно-поведенческие интервенции [93].

В свою очередь в ряде публикаций также приводятся данные о применении и эффективности при СФР психофармакотерапии. Данные литературы об использовании лекарственных средств при СФР обобщены в таблице 10. Исследования сгруппированы согласно психофармакологическим классам препаратов – антидепрессанты, антипсихотики, антиконвульсанты (нормотимики).

Таблица 10 – Психофармакотерапия соматоформных расстройств (по данным литературы)

Авторы	Препараты	Дизайн исследования	Объем выборки	Результат
Антидепрессанты				
Han C., 2008 [259]	Венлафаксин, миртазапин	Открытое	95	Статистически значимое ($p < 0,0001$) снижение суммарного балла по шкале PHQ-15 как для миртазапина, так и для венлафаксина при лечении недифференцированного СФР
Muller J.E., 2008 [140]	Эсциталопрам	Плацебо-контролируемое	51	Статистически значимое ($p < 0,0001$) снижение суммарного балла по шкале PHQ по сравнению с группой пациентов, получавших плацебо при мультисоматоформном расстройстве
Menza M., 2001 [251]	Нефазодон	Открытое	15	79% пациентов с соматизированным расстройством показали улучшение по ВАШ боли
Volz H.P., 2000 [194]	Опипрамол	Плацебо-контролируемое	208	Статистически значимое снижение ($p = 0,013$) показателей по шкале HAM-SOMA при СФР по сравнению с группой пациентов, получавших плацебо
Антипсихотики				
Altamura A.C., 2003 [175]	Левосульприд	Двойное слепое плацебо-контролируемое	74	В группе пациентов с СФР, получавших левосульприд, обнаружено статистически значимо ($p = 0,007$) более выраженное снижение количества симптомов различных соматоформных расстройств, оценивавшихся по Международному перечню соматоформных расстройств (CISDD-SDS), в сравнении с группой, получавшей плацебо
Huang M., 2012 [128]	Палиперидон в комбинации с циталопрамом	Рандомизированное	60	Доля респондеров (50% снижение баллов по шкале SMOS-7) была значительно выше в группе больных СФР, получавших циталопрам-палиперидон (71,4%), по сравнению с группой, получавшей монотерапию циталопрамом (38,1%) при $p = 0,03$
Grover M., 2009 [107]	Кветиапин	Открытое	21	Кветиапин в низких дозах показал положительный эффект более чем у половины взрослых с тяжелыми функциональными гастроинтестинальными расстройствами.

Продолжение таблицы 10

Авторы	Препараты	Дизайн исследования	Объем выборки	Результат
Crapanzano C., 2022 [193]	Оланзапин (монотерапия либо комбинация с пароксетином, миртазапином, габапентином, прегабалином)	Серия случаев	5	Оланзапин в дозах 2,5-10 мг оказался эффективен во всех случаях (снижение балла по CGI с 6-7 до 1-2), в том числе в двух случаях стоматоалгии
Nagoshi Y., 2016 [188]	Арипипразол, Блонансерин (последовательно) в комбинации с СОИЗС	Описание случаев	2	Блонансерин в дозах 8-12 мг эффективно купировал симптомы СФР, включая стоматоалгию и канцерофобию в одном случае
Kurhan F., 2023 [171]	Рisperидон	Описание случая	1	Рisperидон в дозе 4 мг оказался эффективен в отношении хронической соматоформной боли в анальной области и ассоциированных ипохондрических сверхценных\бредовых идей
Антиконвульсанты				
García-Camprayo J., 2002 [146]	Топирамат	Открытое	35	В течение первого месяца терапии топираматом пациенты показали статистически значимое улучшение по шкалам CGI (3,8 против 2,7 баллов) и визуальной аналоговой шкале боли (68,8 против 55,7 баллов)

Как видно из приведенной таблицы, наиболее изученной группой препаратов для лечения соматоформных расстройств являются антидепрессанты – им посвящены относительно крупные, в т.ч. рандомизированные исследования. Применение антипсихотиков изучалось лишь в единичных исследованиях и на небольших выборках, а также в отдельных наблюдениях. При этом по мнению некоторых экспертов препаратами первого выбора для лечения некоторых СФР, например, соматоформного болевого расстройства (идиопатические алгии) и органических неврозов, а также соматопсихотических состояний, являются антипсихотики: рисперидон, оланзапин, амисульприд, галоперидол, трифлуоперазин, хлорпромазин, зуклопентиксол, флупентиксол [59].

Стоит также отметить, что аналогичная ситуация в плане соотношения классов используемых психотропных средств складывается при ряде функциональных расстройств, проявляющихся болевыми и соматовегетативными феноменами. Так, к примеру, для лечения хронической фибромиалгии наряду с официально одобренными при этом синдроме препаратами (дулоксетин, милнаципрам, прегабалин) эффективность обнаруживают некоторые антипсихотики. Имеются данные о применении при фибромиалгии оланзапина [108], кветиапина [156], зипразидона [123] и левопромазина [102]. Таким образом, постепенно накапливаются данные об эффективности при различных соматизированных расстройствах, в том числе с преобладанием алгий, широкого круга психотропных средств, включая антипсихотики, однако исследования последних немногочисленны.

Переходя к обсуждению проблемы терапии непосредственно глоссалгического синдрома, необходимо подчеркнуть следующее. Несмотря на имеющиеся данные относительно доступных методов терапии, включая систематические обзоры и мета-анализы [203], проблема лечения при обсуждаемой патологии остается актуальной. Так, доля пациентов, не дающих ответа на терапию составляет 28,6%, а снижение интенсивности боли удается добиться лишь у 30% пациентов [182]. По данным литературы лишь 3,7% пациентов достигают полной ремиссии, а у 28% больных в течение 5 лет фиксируется лишь умеренное

улучшение [167]. При этом длительные (более полугода) ремиссии наблюдаются лишь у 21% больных [109].

В настоящее время количество плацебо-контролируемых рандомизированных контролируемых исследования (РКИ), оценивающих эффективность лечения глоссалгии, все еще невелико, а выборки таких исследований не превышают 40-60 пациентов. Например, в мета-анализ 2016 года [161] включены 23 исследования (всего 1121 пациент). Терапевтические вмешательства разделены на следующие категории: трициклические антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты, бензодиазепины, холинергические препараты, пищевые добавки, физиотерапия, психотерапия и топическое лечение. Авторы исследования делают вывод о том, что топические бензодиазепины и антиконвульсанты показывают хороший результат в плане быстрого облегчения симптомов глоссалгии, при этом данные об эффекте антидепрессантов, нейролептиков и психотерапии, по мнению исследователей, противоречивы. Однако авторы считают достоверными доказательства эффекта психотерапии и топических бензодиазепинов при длительной терапии глоссалгии. В свою очередь авторы мета-анализа 2017 г. [144], включавшего тот же набор исследований, не смогли подтвердить преимущество тех или иных топических либо системных средств в терапии глоссалгии. Исследователи приходят к выводу, что исходя из данных большинства исследований, которые характеризуются высоким риском систематических ошибок, нет достаточных оснований для того, чтобы выделить либо отвергнуть какую-то конкретную терапевтическую стратегию. Таким образом, в настоящее время проблема психофармакотерапии глоссалгии связана с очевидными противоречиями и вопрос выбора оптимальных терапевтических подходов остается открытым.

Переходя к более детальному обсуждению терапевтических исследований в отношении глоссалгии, представим их в следующей последовательности: психофармакотерапия (транквилизаторы, антидепрессанты, антипсихотики), другие методы биологической терапии (транскраниальная магнитная стимуляция – ТМС), психотерапия.

В цитированных выше систематических обзорах [144, 182] приводятся данные об эффективности клоназепама. Причем наряду со стандартным пероральным приемом препарата «системно» (в виде таблеток в дозах 0,5 и 1 мг) анализируется «топическое» назначение диспергируемого клоназепама (рассасывание таблетки в течение 3 минут). При этом применение «системного» клоназепама оказывало эффект лишь в плане краткосрочной редукции ощущений. В свою очередь, диспергируемый «топический» клоназепам, по данным авторов, оказался эффективен как в плане краткосрочного, так и длительного снижения интенсивности ощущений. Однако, отмечается, что диспергируемый клоназепам у многих пациентов вызывает побочный эффект – ксеростомию, что может, напротив, усиливать патологические сенсации на слизистой.

При этом рядом исследователей подтверждается эффективность применения антидепрессантов из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) для терапии глоссалгического синдрома, причем как *sine materia*, так и *cum materia*.

Так, при глоссалгическом синдроме *cum materia*, коморбидном КПЛ слизистой полости рта, в исследовании D. Adamo и соавт. [179] осуществлялась двухэтапная терапия. В качестве инициального лечения использовался раствор клоназепама местно (см. обоснование такого метода лечения выше). При этом лишь 4 пациента ответили на данную терапию полной редукцией ощущений. Большинство же пациентов (24 из 28) оказались резистентны к такому лечению. Соответственно, им осуществлялась аугментация антидепрессантами из групп СИОЗС, а также ИОЗСН (пароксетин 20 мг/сут; сертралин 50 мг/сут; эсциталопрам 10 мг/сут; циталопрам 20 мг/сут, дулоксетин 60 мг/сут). После 6 месяцев терапии показатели интенсивности боли по шкалам NRS¹¹ и T-PRI статистически значимо снизились (до медианных значений 2,0 и 3,0 балла соответственно). Также

¹¹ Авторы использовали шкалы для оценки интенсивности боли (NRS и T-PRI), а также шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии. У всех пациентов исходно выявлялись высокие показатели по шкалам оценки дискомфорта в полости рта (медианные значения для NRS: 9,0, для T-PRI 10,5 баллов), средние показатели тревоги и депрессии (медианные значения для HAM-A – 14,5; HAM-D – 13,0 баллов).

наблюдалось снижение уровней тревоги и депрессии по шкалам НАМ-А и НАМ-D (до медианных значений 5,5 и 6,0 баллов соответственно).

В свою очередь в плане применения антидепрессантов для лечения глоссалгии имеются также данные исследований, показавших неэффективность некоторых из тимоаналептиков. Так, в работе Т. Tammiala-Salonen и Н. Forssell [235] было описано применение 100 мг тразодона в группе из 37 больных глоссалгией женщин, из которых 18 испытуемых получали препарат, а 19 – плацебо. Снижение интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале, а также выраженность депрессивных симптомов по шкале Бека хоть и были статистически значимы в обеих группах, не различалось в основной и контрольной группах. Следует, однако, с осторожностью интерпретировать полученные авторами результаты, поскольку для целого ряда состояний (прежде всего, депрессии) использованная исследователями доза тразодона считается субтерапевтической.

Наряду с антидепрессантами в единичных публикациях также подтверждается эффективность при глоссалгии некоторых антипсихотиков. Наиболее крупным исследованием, анализирующим действие антипсихотика (в сопоставлении с антидепрессантами), является работа Vitalucci и соавт. [129], включающая 76 пациентов с глоссалгией (без других сопутствующих соматических заболеваний и коморбидной депрессии). Пациенты случайным образом распределялись по трем группам и получали в качестве терапии амисульприд (50 мг/сут) либо пароксетин (20 мг/сут) либо сертралин (50 мг/сут).

Оценка эффективности проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) интенсивности боли, шкал оценки депрессии и тревоги Гамильтона (НАМ-D, НАМ-А), а также шкалы общего клинического впечатления (CGI). Все три режима лечения привели к значительному улучшению по сравнению с исходным уровнем симптомов жжения во рту на 8 неделе, что продемонстрировано количественным (среднее снижение баллов по ВАШ, НАМ-D и НАМ-А) и качественным (процент респондентов) анализами. При этом амисульприд ассоциировался с меньшим латентным периодом наступления эффекта и большей приверженностью терапии. Авторы делают вывод о возможности применения

амисульприда, особенно на начальных этапах терапии, и указывают на необходимость дальнейших слепых плацебо-контролируемых исследований антипсихотиков при этой патологии.

Менее значительные результаты в плане редукции боли показал левосульпирид, который получали 39 пациентов в исследовании F. Demarosi [242]. После 8 недель терапии ни у одного из пациентов выборки не наблюдалось полной ремиссии, однако 28 больных (71,8%) сообщили о снижении интенсивности болевых феноменов, что подтвердилось с помощью визуальной аналоговой шкалы боли. При этом было отмечено, что длительность болезни у пациентов, имевших положительный ответ на терапию, была существенно меньше, чем у тех, у кого эффекта не наблюдалось. Это интерпретируется в согласии с результатами процитированной выше работы Vitalucci и соавт., пришедшим к выводу о целесообразности применения близкого по химической структуре антипсихотика амисульприда на начальных этапах терапии.

Публикации относительно применения других антипсихотиков представлены описаниями отдельных случаев.

В одной из работ обсуждается возможность применения у больных с глоссалгией оланзапина [254]. Авторы приводят два клинических случая глоссалгии, резистентной к терапии антидепрессантами (милнаципран и пароксетин), которым был назначен оланзапин в суточных дозировках 2,5 либо 5 мг. Пациенты получали оланзапин в этих дозах три и два месяца соответственно, после чего отметили полную редукцию сенсаций в полости рта. Авторы предполагают, что оланзапин может использоваться в качестве терапии глоссалгии, однако указывают на недостаточность для однозначных выводов единичных клинических наблюдений и невозможность определить точный биологический механизм действия препарата при глоссалгии.

В работе T. Akahane и соавт. [143] анализируется применение атипичного антипсихотика рисперидона у пациента, состояние которого можно трактовать как соматопсихотическую форму глоссалгии (см. главу 3). У пациентки с тактильными иллюзиями в полости рта и соответствующей бредовой концепцией в течение

1 месяца наблюдалось значительное улучшение состояния с полной редукцией патологических сенсаций.

Наряду с психофармакотерапией в некоторых работах показана эффективность других биологических методов, например, транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС). В исследовании ТМС-терапии, выполненном Y. Umezaki и соавт. [243], установлено, что болевые ощущения снижаются в среднем на 67% от исходного уровня, что значимо более выражено, чем в контрольной группе, получавшей плацебо – «ложное» лечение в виде псевдо-ТМС. При этом эффекта в отношении уровней тревоги и депрессии ТМС не показала. Авторы указывают на малый объем выборки (20 человек) и необходимость дальнейших исследований.

В доступной литературе обсуждается также КПТ как метод лечения глоссалгии. В работе J. Bergdahl [113] 30 пациентов с глоссалгией, резистентной к топическому (стоматологическому/дерматологическому) лечению, проходили курс КПТ в течение полугода. Результаты терапии оценивались по изменению интенсивности боли согласно визуальной аналоговой шкале. Полностью избавились от сенсаций в полости рта 27% пациентов, остальные показали статистически значимое снижение интенсивности боли. Авторы упоминают, что результаты терапии напрямую зависят от преморбидных особенностей больных, однако собственных результатов и более детального анализа проблемы предрасположенности как параметра, влияющего на ответ на терапию, не приводят.

Таким образом, в плане терапии глоссалгии до сих пор не выработано единого подхода. Широко используются препараты с высоким аддитивным потенциалом (бензодиазепиновые транквилизаторы), в том числе местно («топическая терапия»), что не исключает их системного эффекта, поскольку хорошо известно о выраженной способности бензодиазепинов проникать сквозь слизистую ротовой полости. При этом, наряду с некоторым количеством сведений в пользу применения антидепрессантов современных генераций явно недостаточно данных о терапии глоссалгии препаратами из группы антипсихотиков (нейролептиков), несмотря на то, что в единичных исследованиях они обнаружили

значительную эффективность. Кроме того, в доступных публикациях не анализируются данные психофармакотерапии в зависимости от психопатологических особенностей синдрома глоссалгии и коморбидных психических расстройств.

Результаты психофармакотерапии глоссалгического синдрома по данным собственного исследования

Данные об эффективности/переносимости фармакотерапии при лечении глоссалгического синдрома были получены в результате специально спланированного открытого неконтролируемого исследования, проводившегося в два этапа. Первый – длительностью 3 мес (12 недель), на котором всем пациентам назначался «малый нейролептик» алимемазин в режиме монотерапии, второй – в режиме комбинированной терапии, включавший пациентов, не ответивших на лечение первого этапа.

Во всех 50 наблюдениях собственной выборки имели место показания к назначению психофармакотерапии. Информированное добровольное согласие на лечение было получено в 100% случаев. Отказ от психофармакотерапии в течение первого месяца на первом этапе лечения в связи с побочными эффектами и отсутствием эффективности был зарегистрирован у 6% (3 набл.) пациентов (выраженная дневная сонливость). Эти больные также включены в анализ эффективности первого этапа терапии. Забегая вперед, необходимо отметить, что все трое больных, выбывших на начальном этапе лечения, относились к соматопсихотическому типу глоссалгического синдрома *sine materia*.

Оценка безопасности психофармакотерапевтических вмешательств осуществлялась на всех этапах лечения путем регистрации побочных эффектов. Серьезных нежелательных явлений, потребовавших бы отмены лечения и специальной коррекции, не было зарегистрировано ни в одном из наблюдений выборки. Оценка эффективности терапии на обоих этапах исследования проводилась с помощью шкалы общего клинического впечатления CGI-S.

Обоснование выбора алимемазина для терапии глоссалгического синдрома.

Выбор препарата для терапии глоссалгического синдрома в исследуемой выборке на первом этапе исследования определялся данными доступных публикаций о рецепторном профиле и клинических мишенях алимемазина. Алимемазин отличается высоким аффинитетом к H1-рецепторам головного мозга, что обуславливает его выраженное седативное действие [250], а также эффективность в качестве антигистаминного средства. Так, алимемазин превосходит по активности блокады центральных H1-гистаминовых рецепторов такие антигистаминные средства, как дифенгидрамин (димедрол), прометазин (пипольфен) [6]. Препарат обладает также слабой D2-блокирующей, умеренной α 1-адреноблокирующей, M-холиноблокирующей и сильной антисеротониновой (5-HT2A и 5-HT2C-блокирующей) активностью. Необходимо отметить, что за счет блокады D2-рецепторов достигается лишь умеренное антипсихотическое действие, развивающееся в значительных дозах. Этим обусловлено использование алимемазина не столько в качестве антипсихотического средства (низкопотентный антипсихотик), сколько для терапии широкого круга расстройств невротического регистра [61]. С M-холинолитическим эффектом связаны выраженное спазмолитическое и противокашлевое действие. За счет того, что алимемазин сильно блокирует 5-HT2A-рецепторы и относительно слабо D2-дофаминовые рецепторы, препарат крайне редко вызывает экстрапирамидные симптомы. Также за счет своеобразного рецепторного профиля алимемазина (большей блокадой пресинаптических α 2-адренорецепторы, чем постсинаптических α 1-адренорецепторы), алимемазин обладает антидепрессивным действием, что обусловлено усилением выделения моноаминов (норадреналина и серотонина) в синаптическую щель [201]. Также в механизме антидепрессивного действия алимемазина играет роль сильная «антисеротониновая» 5-HT2A и 5-HT2C-блокирующая активность и свойства 5-HT1A парциального агониста [104]. Кроме того, у алимемазина присутствует 5-HT6 и 5-HT7-блокирующая активность, которая способствует антидепрессивным, анксиолитическим и анальгетическим эффектам [155].

В свою очередь сведения о клинических мишенях алимемазина соотносятся с психопатологией глоссалгического синдрома и соответствуют разработанной и описанной выше бинарной структуре обсуждаемого расстройства.

Алимемазин широко используется в общей медицинской практике [43] благодаря эффективности в отношении разнообразных телесных сенсаций, в т.ч. функциональной природы, а также явлений вегетативной дисфункции. Так, в дерматологии алимемазин нашел применение как противозудное средство [28, 55, 147], в гинекологической практике используется для лечения хронических тазовых болей [197], в гастроэнтерологии – синдрома раздраженного кишечника [25], в кардиологии – «психогенной кардиалгии» [9], а в неврологии – для коррекции «вегетативно-сосудистой дистонии», т.е. проявлений соматизации и соматоформной вегетативной дисфункции [23].

Учитывая тот факт, что «надстройкой» в бинарной структуре глоссалгического синдрома, производной от коэнестезиопатий в полости рта, являются идеаторные ипохондрические феномены, в большинстве наблюдений ассоциированные с явлениями «тревоги о здоровье», клинический профиль алимемазина также представляется соответствующим задаче лечения глоссалгического синдрома. Так, ряд авторов указывает на эффективность алимемазина как анксиолитика у пациентов с тревогой при аффективной патологии [202], а также при паническом [176] и генерализованном тревожном расстройстве [2]. Кроме того, в исследовании В. Naviau и соавт. [189] установлена высокая эффективность препарата у пациентов при соответствующей идеации в структуре ипохондрической депрессии.

Протокол лечения.

В процессе психофармакотерапии глоссалгического синдрома соблюдался принцип соотношения эффективности и безопасности, в связи с чем проводилась титрация дозы алимемазина от минимальных стартовых (1,25 мг/сут) до максимальных переносимых/минимально эффективных доз (в данном случае до 30 мг/сут). Исходно препарат назначался на ночь, при повышении дозировок по необходимости добавлялись дневные приемы (сначала вечерний, затем дневной и

утренний). Суточная доза титровалась с учетом индивидуальной переносимости с шагом 1,25-2,5 мг. В случае усиления/возникновения у пациента интенсивной тревоги либо инсомнии алимемазин временно (до 7 дней) комбинировался с препаратами «спасения» из группы транквилизаторов – бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (0,25-1 мг) либо тофизопам (50-100 мг). Большая часть пациентов получала терапию амбулаторно на базе ГБУЗ МНПЦДВК ДЗМ. Амбулаторная терапия проводилась в течение 12 недель.

Пациенты, не ответившие на лечение алимемазином в максимальной переносимой дозе либо больные, у которых терапия сопровождалась возникновением побочных эффектов, не подвергавшихся обратному развитию в течение 3 дней на той же дозе либо при снижении дозы алимемазина на 1,25-2,5 мг, переходили на второй этап исследования. Последний предполагал назначение широкого спектра психотропных средств (см. таблицу 12), а при неэффективности амбулаторной терапии – стационарное лечение, проводившееся на базе санаторных отделений ФБГНУ НЦПЗ, в т.ч. с применением парентеральных методов введения препаратов.

Результаты терапии анализировались дифференцированно в зависимости от типологической принадлежности глоссалгического синдрома (см. главу 3), а также в соответствии с двумя этапами лечения.

Результаты первого этапа лечения (монотерапия алимемазином)

Терапия глоссалгического синдрома *sine materia* органо-невротического типа (25 набл.). Полная редукция ощущений в полости рта, а также ассоциированных с сенсациями ипохондрических феноменов наблюдалась в 60,0% случаев (15 набл.). У 28,0% (7 набл.) пациентов отмечалась частичная редукция симптомов, как в плане интенсивности, так и в плане продолжительности в течение дня. Лишь 12,0% пациентов (3 набл.) оказались нечувствительны к психофармакотерапии глоссалгического синдрома алимемазином. Средняя доза алимемазина в этой группе составила – $10,0 \pm 2,5$ мг. Графически результаты терапии глоссалгического синдрома *sine materia* органо-невротического типа алимемазином представлены на рисунок 10.

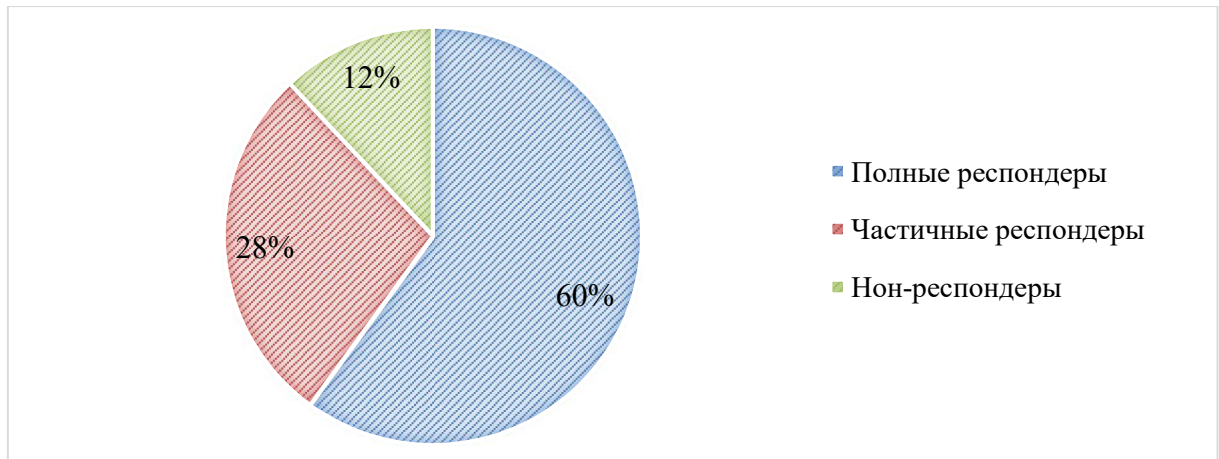


Рисунок 10 – Эффективность терапии глоссалгического синдрома *sine materia* органо-невротического типа (25 набл.) алимемазином по шкале общего клинического впечатления CGI-S

Терапия глоссалгического синдрома *sine materia* соматопсихотического типа (14 набл.).

Полная редукция симптомов наблюдалась лишь в 21,4% (3 набл.), как и частичное снижение интенсивности симптоматики (21,4%, 3 набл.), а в 35,7% (5 набл.) эффекта терапии не отмечалось (рисунок 11). Кроме того, еще 3 пациента (21,4%) отказались не только от продолжения терапии первого этапа в связи с побочными эффектами, но и от перехода на второй этап лечения, предполагавший смену психофармакотерапии. Средняя суточная доза алимемазина в этой группе составила – $25,0 \pm 5,0$ мг.

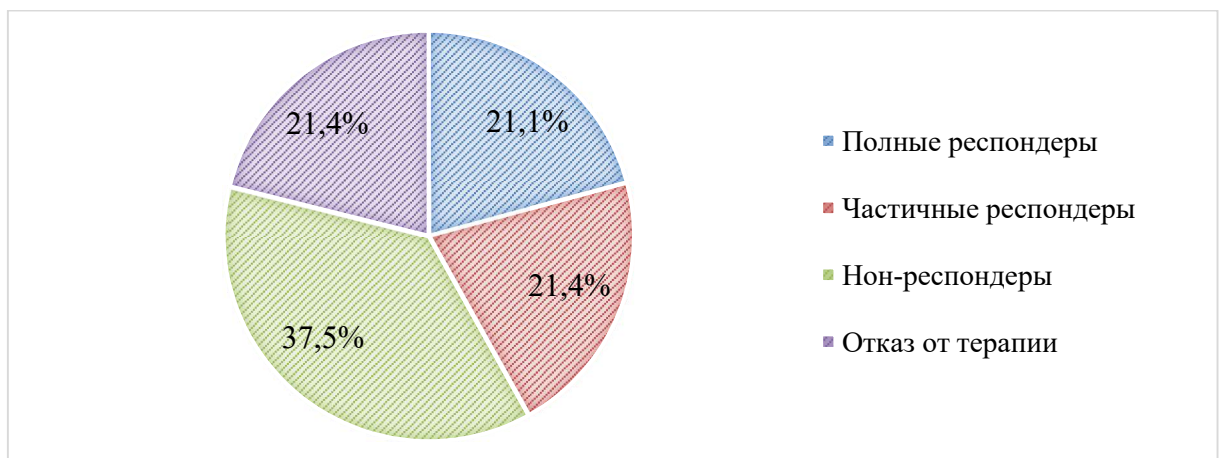


Рисунок 11 – Эффективность терапии глоссалгического синдрома *sine materia* соматопсихотического типа (14 набл.) алимемазином по шкале общего клинического впечатления CGI-S

Терапия глоссалгического синдрома *cum materia*. Лечение больных с этим типом глоссалгии наряду с алимемазином предполагало комплексный подход с использованием дерматотропных препаратов для терапии ассоциированного с глоссалгией КПЛ¹². Применяли антигистаминные средства (клемастин 1 мг внутрь, ежедневно, два раза в сутки, продолжительностью 10-14 дней), обезболивающие и ранозаживляющие средства (алоэ древовидного листа, линимент, два раза в сутки наружно на очаги поражения; лидокаин и ромашки аптечной экстракт цветов, гель-полоску длиной 0,5 см наносили на болезненные или воспаленные участки слизистой оболочки полости рта и втирали легкими массирующими движениями два раза в день).

В большинстве наблюдений при глоссалгии *cum materia* – 54,5% (6 набл.) к концу третьего месяца лечения отмечалась частичная редукция симптомов. В остальных 45,5% случаев (5 набл.) удалось добиться полной ремиссии (см. рисунок 12). Средняя доза алимемазина в этой группе составила – $5,5 \pm 1,25$ мг.

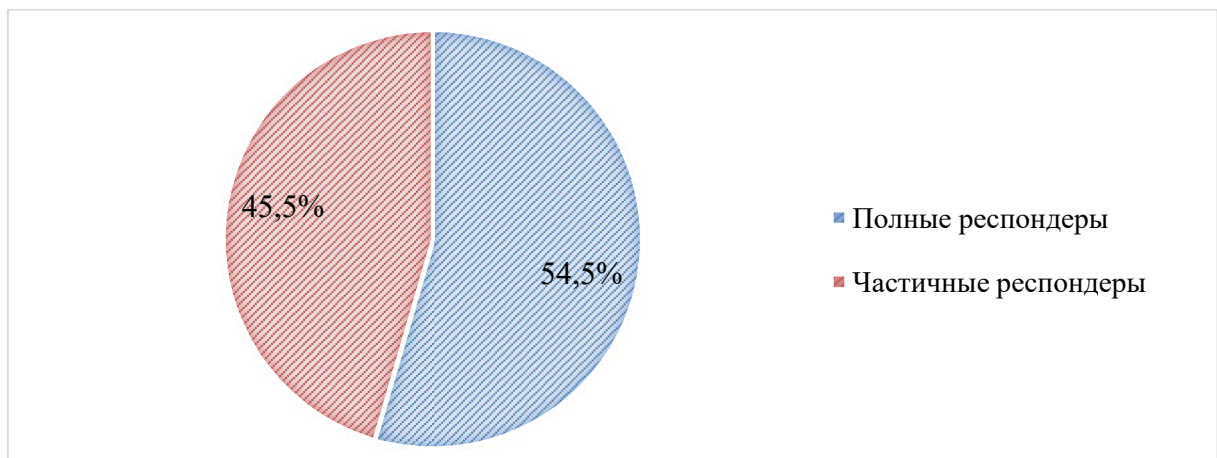


Рисунок 12 – Эффективность терапии глоссалгического синдрома *cum materia* по шкале общего клинического впечатления CGI-S

Во всех случаях после курса дерматотропной терапии высыпаний по типу КПЛ на слизистой рта не наблюдалось. Нонреспондеры при данном типе глоссалгического синдрома отсутствовали, что является дополнительным подтверждением положения, высказанного в 4 главе диссертации, согласно

¹² Дерматотропное лечение проводилось сотрудниками МНПЦДВК ДЗМ к.м.н. А.В. Терещенко и А.Я. Джапуевой.

которому при глоссалгии *sum materia* речь идет о психопатологически менее тяжелом характере расстройства: синдром (в отличие от глоссалгии *sine materia*) не достигает психотического регистра, ограничиваясь уровнем органоневротических и сверхценных феноменов.

Лечение и катamnестическое наблюдение в группе больных глоссалгией *sum materia* было более длительным в связи с наличием дерматологической патологии, склонной к рецидивированию, и необходимостью комбинированного лечения. В 36,4% случаев больные после редукции ощущений самовольно прекращали прием психофармакотерапии, после чего происходила экзацербация сенсаций, купировавшаяся возобновлением лечения. Соответственно, при глоссалгии *sum materia* средняя длительность терапии с учетом следующего за двенадцатинедельным курсом первого этапа поддерживающего лечения составила 20 недель, а максимальная – 24 недели. (В группе глоссалгии *sine materia* длительность терапии составляла: средняя – 15 недель, максимальная – 18 недель). Обобщая результаты оценки эффективности терапии на первом этапе лечения (монотерапия алимемазином) во всех трех группах исследования по шкале CGI-S, можно констатировать что доли полных/частичных респондеров/нонреспондеров соотносятся с психопатологической структурой глоссалгического синдрома. Наибольшая доля полных респондеров выявляется при органоневротическом типе синдрома *sine materia* (60%). При синдроме *sum materia* полных респондеров насчитывалось 45,5%, а при соматопсихотическом типе – 21,4%. Количество нонреспондеров было максимальным при соматопсихотическом типе (35,7%), при органоневротическом типе доля таких пациентов достигла 12,0%, а при глоссалгическом синдроме *sum materia* нонреспондеров не зарегистрировано. Частичные респондеры (54,5%) преобладали при синдроме глоссалгии *sum materia*, тогда как при органоневротическом и соматопсихотическом типах *sine materia* частота таковых была сопоставима – по 28,0% и 21,4% соответственно (см. рисунок 13).

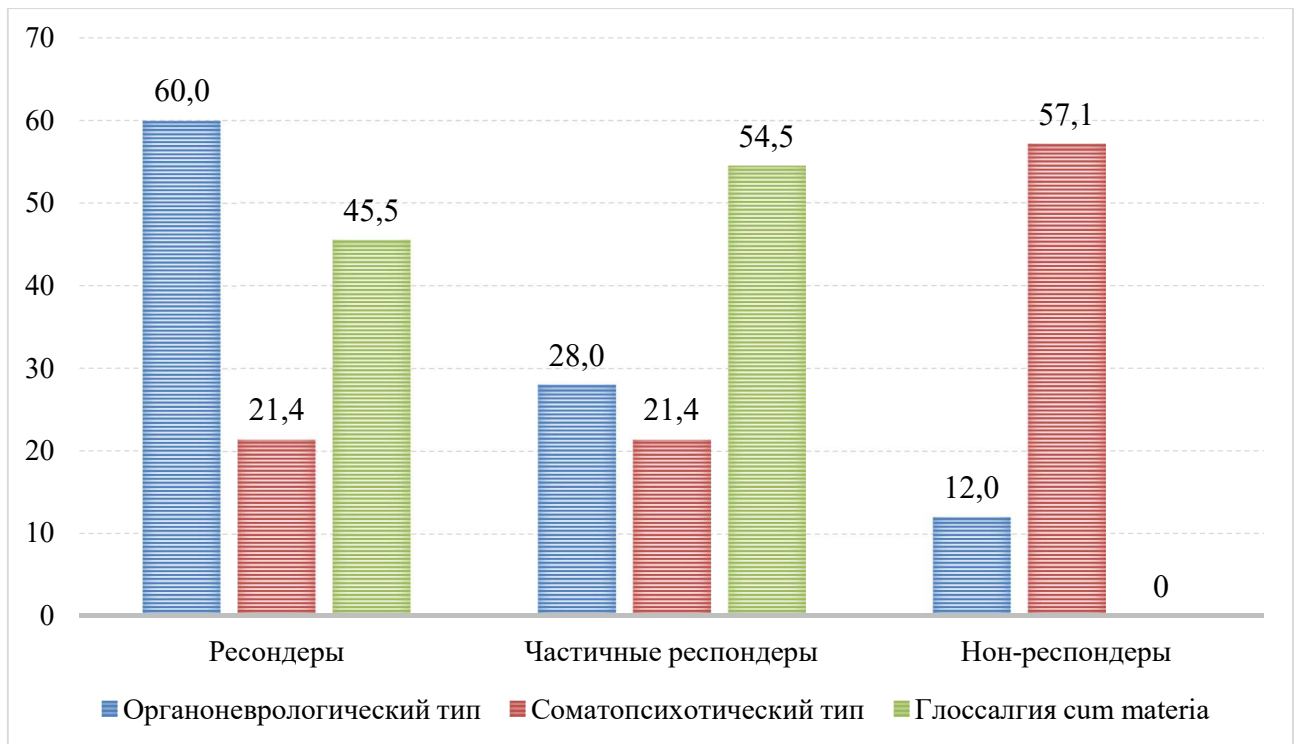


Рисунок 13 – Результаты терапии по шкале общего клинического впечатления CGI в зависимости от типа глоссалгии – доли (%) полных/частичных респондеров и нонреспондеров

Наряду с общей оценкой эффективности терапии с расчетом долей респондеров/нонреспондеров, осуществлялся анализ результатов лечения дифференцировано как с учетом бинарной структуры синдрома (коэнестезиопатии/ипохондрия), так и разработанной типологии (органоневротического и соматопсихотического типов глоссалгии sine/cum materia) с применением соответствующих психометрических шкал.

Для объективизации результатов терапии было проведено сравнение показателей интенсивности коэнестезиопатий по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения. Среднее значение по шкале ВАШ до лечения составило $7,4 \pm 1,3$ балла, после – $4,1 \pm 0,6$ балл (различия статистически значимы, $p < 0,01$).

Сравнительная динамика среднего балла по шкале ВАШ для пациентов с глоссалгическим синдромом sine materia органоневротического и соматопсихотического типов, а также синдрома cum materia в результате терапии алимемазином представлены на рисунке 14.

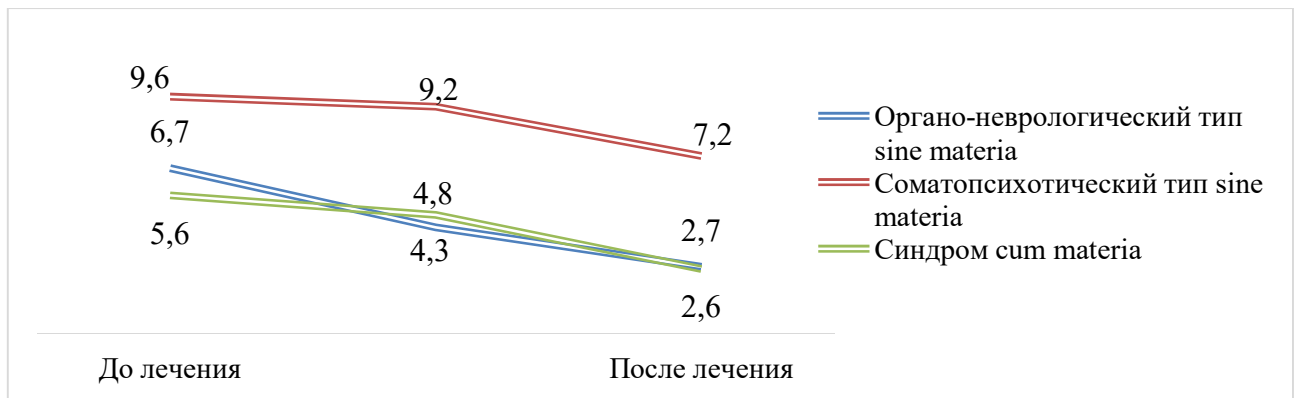


Рисунок 14 – Динамика интенсивности коэнестезиопатий по шкале ВАШ в зависимости от типа глоссалгии в результате терапии алимемазином в течение 3 месяцев первого этапа исследования

Наиболее выраженное снижение интенсивности коэнестезиопатий (разница средних баллов до и после лечения составила $4,0 \pm 1,2$ балла) отмечалось при органоневротическом типе глоссалгического синдрома *sine materia* ($p < 0,01$). Наименее выраженная динамика данного показателя наблюдалась при соматопсихотическом типе синдрома ($2,4 \pm 0,6$ балла; $p < 0,01$). Синдром глоссалгии *cum materia* занимает по этому параметру промежуточное положение ($2,9 \pm 0,7$ баллов, $p < 0,01$).

Для оценки динамики ипохондрической тревоги в результате терапии была использована шкала GAD-2. Средний балл по данной шкале до лечения в клинической выборке составлял $4,0 \pm 1,3$ (медиана – 4), после лечения – $1,8 \pm 0,1$ балла (медиана – 2). Различия статистически значимы при $p < 0,01$.

Сравнительная динамика среднего балла по шкале GAD-2 для пациентов с глоссалгией *sine materia* органоневротического и соматопсихотического типов, а также с синдромом *cum materia* представлены на рисунке 15.

Аналогично редукции интенсивности коэнестезиопатий по шкале ВАШ, наиболее выраженная динамика снижения уровня тревоги наблюдалась при глоссалгическом синдроме органоневротического типа (различия 2 балла статистически значимы при $p < 0,01$). В свою очередь динамика тревоги при соматопсихотическом типе синдрома (различия в 1,6 балла, статистически значимы при $p < 0,01$) и синдроме *cum materia* (различия в 1,7 балла, статистически значимы при $p < 0,01$) была сопоставима.

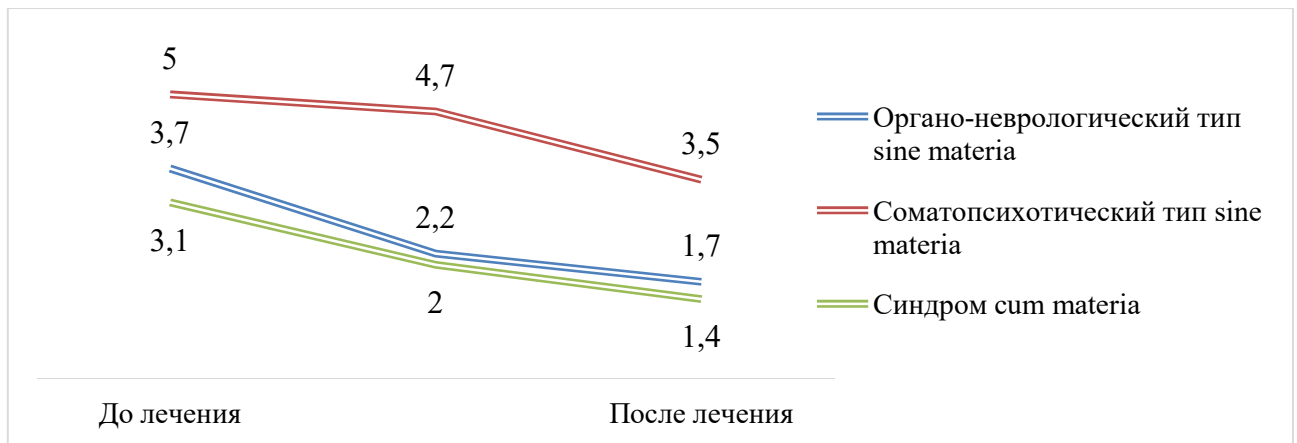


Рисунок 15 – Динамика интенсивности тревоги по шкале GAD-2 в зависимости от типа глоссалгии в результате терапии алимемазином в течение 3 месяцев

Следует также отметить существование корреляции между выраженностью субъективных ощущений по шкале ВАШ и выраженностью тревоги по шкале GAD-2 (коэффициент r Спирмена = 0,772; $p < 0,01$). Такая же сильная корреляционная связь наблюдается по данным показателям и после лечения (коэффициент r Спирмена = 0,474; $p < 0,01$), что подтверждает гипотезу о бинарной структуре глоссалгического синдрома, где ипохондрия выступает в качестве ассоциированного с коэнестезиопатиями феномена. Такая динамика содружественной редукции коэнестезиопатий и сопряженных ипохондрических феноменов, сохраняющих корреляционную связь на всех этапах терапии, соотносится с данными ранее проведенных исследований психодерматологических синдромов, имеющих сопоставимую бинарную структуру [65].

На первом этапе терапии также анализировались результаты лечения алимемазином в отношении коморбидной глоссалгическому синдрому симптоматики, здесь – инсомнии. Отдельно была проанализирована подгруппа больных глоссалгией (независимо от типологической принадлежности синдрома), у которых на момент включения в исследование в психическом статусе присутствовали феномены инсомнии. Выбор такой дополнительной мишени терапии в настоящем исследовании был обусловлен тем фактом, что инсомнические нарушения при глоссалгии широко распространены – см. обсуждение проблемы в 1 главе. Напомним, что согласно результатам доступных

публикации, инсомния при глоссалгии коррелирует не столько с интенсивностью боли, сколько с выраженностью депрессии и тревоги. В свою очередь, возможная ассоциация с другими психическими расстройствами, например, соматизированными (соматоформными) не анализируется.

Соответственно, целью фрагмента собственного исследования по изучению терапии бессонницы при глоссалгическом синдроме с помощью алимемазина стала проверка гипотезы о связи инсомнии не только с интенсивностью ощущений при глоссалгии, а также тревогой, депрессией, но и с соматизированными (соматоформными) симптомами. В исследование инсомнии были включены 36 из 50 больных клинической выборки. Среди 36 обследованных (33 из 36 набл. женщины, средний возраст $58,0 \pm 14,8$ лет) на предмет инсомнии пациентов, расстройства сна, которые соответствуют критериям неорганической инсомнии согласно МКБ-10 (F51.0) были диагностированы в 61,1% случаев (22 набл.), что соотносится с данными литературы о высокой распространенности коморбидной глоссалгии бессонницы [106]. Средний балл по шкале оценки качества сна Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) составил $10,4 \pm 7,2$. При этом доля пациентов с выраженными нарушениями сна (суммарный балл PSQI > 5) практически совпала с клинической оценкой и составила 63,9% (23 из 36 пациентов).

В результате проводимой на первом этапе лечения алимемазином терапии выраженность инсомнии снизилась по шкале PSQI с $10,4 \pm 7,2$ баллов до $3,8 \pm 2,2$ баллов ($p < 0,01$), а доля больных с выраженными нарушениями сна – с 63,9% до 5,6% ($p < 0,01$), что указывает на эффективность алимемазина в отношении симптомов инсомнии при глоссалгическом синдроме независимо от его типологии. Для поиска параметров, ассоциированных с инсомнией при глоссалгии, пациенты исследуемой выборки были разделены на две группы: больные с инсомнией ($n = 22$) и больные без инсомнии ($n = 14$). В результате сравнения этих групп было установлено, что больные с инсомнией и глоссалгией статистически значимо не отличаются от больных с глоссалгией без инсомнии по таким параметрам как возраст, пол, длительность заболевания интенсивность боли (по шкале VAS), депрессия (суммарный балл по шкале PHQ), тревога

(суммарный балл по шкале GAD), соматизация (суммарный балл по шкале SOMS), качество жизни (показатель по шкале EQ-5D). В свою очередь статистически значимые различия наблюдались по суммарному баллу опросника инсомнии PSQI ($13,9 \pm 5,7$ против $3,3 \pm 1,3$, $p = 0,006$) – см. таблицу 11.

Таблица 11 – Сравнение группы больных глоссалгией с инсомнией в сопоставлении с больными глоссалгией без инсомнии

Параметр	Больные с инсомнией (n = 22)	Больные без инсомнии (n = 14)	Значимость различий, p*
Возраст	$61,4 \pm 16,6$	$53,9 \pm 11,4$	NS
Женский пол	86,4%	85,7%	NS
Длительность заболевания	$4,5 \pm 5,6$	$2,2 \pm 1,5$	NS
Интенсивность боли (показатель по шкале VAS)	$7,8 \pm 2,0$	$7,9 \pm 2,2$	NS
Инсомния (суммарный балл по опроснику PSQI)	$13,9 \pm 5,7$	$3,3 \pm 1,3$	0,006
Депрессия (суммарный балл по шкале PHQ-2)	$4,3 \pm 1,8$	$4,9 \pm 1,3$	NS
Тревога (суммарный балл по шкале GAD-2)	$4,15 \pm 1,8$	$4,4 \pm 1,7$	NS
Соматизация (суммарный балл по шкале SOMS)	$26,4 \pm 5,6$	$26,5 \pm 5,3$	NS
Качество жизни (показатель по шкале EQ-5D)	$55,0 \pm 21,4$	$55,6 \pm 24,2$	NS

При проведении корреляционного анализа связи показателя, отражающего тяжесть инсомнии (суммарный балл по шкале PSQI) и других психометрических показателей (по шкалам тревоги, депрессии, соматизации, качества жизни и интенсивности боли), получены следующие результаты.

Не обнаружено статистически значимых корреляционных связей выраженности инсомнии с тяжестью депрессии (PHQ-2), соматизации (SOMS-2), показателем качества жизни (EQ-5D).

В свою очередь значительная статистически значимая положительная корреляция обнаружена между выраженностью **инсомнии** (PSQI) и тяжестью **тревоги** как по шкале GAD-2 ($\rho = 0,668$; $p = 0,025$). При этом тяжесть **тревоги** по шкале GAD-2 показала значительную статистически значимую положительную корреляцию с выраженностью **боли** по визуальной аналоговой шкале VAS

($\rho = 0,765$; $p = 0,000$). Однако корреляционная связь между выраженностью собственно **боли и инсомнии** оказалась статистически не значимой ($\rho = -0,522$ $p = 0,763$).

Полученные в настоящем исследовании в результате корреляционного анализа зависимости (значимые положительные корреляции) инсомнии и тревоги при отсутствии корреляционных связей инсомнии с депрессией и выраженностью болевых ощущений лишь отчасти соотносятся с данными литературы. В отличие от процитированной выше работы Adamo [179], в которой корреляционный анализ также показал, что интенсивность боли слабо связана с качеством сна, а значительную положительную корреляцию с ней обнаруживают депрессия и тревога, согласно нашим результатам депрессия, как и соматизация (оценку которой в доступных исследованиях нам обнаружить не удалось) не коррелируют с инсомнией при глоссалгии. Таким образом, инсомния при глоссалгии в большей степени связана с тревогой, нежели с выраженностью собственно болевых ощущений.

Полученные данные корреляционного анализа поддаются клинической интерпретации, основанной на результатах психопатологического обследования больных, приведенного в 3 и 4 главах настоящей диссертации. При клиническом обследовании тревога при глоссалгии носит характер ипохондрической («тревога о здоровье» – «health anxiety») и сопровождается нозофобиями, включая канцерофобию (боязнь онкологического процесса на языке, в глотке или гортани), бактерио/вирусофобию (боязнь, что причиной симптомов глоссалгии могут быть микробы, и пациент может быть заразен), страх стоматологического заболевания (опасения, что ощущения связаны с материалами протезов, пломб или стоматологическими манипуляциями). Инсомния согласно психопатологическому обследованию сопряжена с усилением тревоги в вечерние часы и персистированием «тревоги о здоровье» и/или нозофобий в структуре тревожных руминаций, интенсифицирующихся перед сном. Однако данная гипотеза требует подтверждения в дальнейших исследованиях с применением дополнительного психометрического инструментария. В свою очередь данные об отсутствии связи инсомнии с соматизацией, измеренной с помощью шкалы SOMS- 2, соотносятся с

отсутствием корреляции бессонницы с выраженностью болей в ротовой полости, поскольку подавляющее число пунктов шкалы SOMS-2 касается фиксации патологических телесных ощущений в различных областях тела и лишь один пункт направлен на выявление «тревоги о здоровье» (пункт 64 «Есть ли у Вас опасение или уверенность, что Вы серьезно больны, несмотря на то, что врач не смог найти объяснения Вашим жалобам?»).

Результаты второго этапа лечения (натуралистическое исследование по лечению пациентов первого этапа, не ответивших на терапию либо не перенесших алимемазин).

В терапию второго этапа перешли частичные респондеры или нонреспондеры, у которых в результате приема алимемазина не отмечалось полной редукции симптоматики, либо имела место непереносимость терапии алимемазином. Соответственно, всего в натуралистическом этапе приняли участие 24 пациентов (48% исходной выборки), включая 10 больных с органоневротическим типом синдрома (7 частичных респондеров, 3 нонреспондера), 8 больных с соматопсихотическим (3 частичных респондера, 5 нонреспондеров) и 6 частичных респондеров с глоссалгическим синдромом *sum materia*. Еще трое больных соматопсихотическим типом синдрома выбыли из исследования в начале первого этапа по собственной инициативе и не перешли на второй этап исследования – см. выше.

Учитывая, недостаточную эффективность/переносимость монотерапии первого этапа исследования, на втором этапе осуществлялась комбинированная психофармакотерапия препаратами различных групп – см. таблицу 12.

Таблица 12 – Суточные дозировки препаратов, применявшихся для терапии глоссалгического синдрома на втором этапе исследования

Препараты		Суточные дозировки (мин-макс, мг)
Антидепрессанты	Дулоксетин	30-120
	Венлафаксин	75-225
	Миртазапин	15-60
	Сертралин	50-150

Продолжение таблицы 12

Препараты		Суточные дозировки (мин-макс, мг)
Нейролептики	Кветиапин	12,5-200
	Галоперидол	0,5-10
	Перициазин	3-10
	Сульпирид	100-400

Следует указать, что в большинстве случаев использовались минимальные терапевтические дозы психотропных средств, особенно в начале амбулаторного этапа лечения, что связано с достаточной эффективностью/безопасностью терапии и соотносится с данными литературы об особенностях лечения и ответа на фармакотерапию больных психосоматическими расстройствами в общемедицинской практике [32]. Например, галоперидол назначался в каплях в дозах 0,5-1 мг; перициазин также в каплях в дозах 3-5 мг; кветиапин в стартовых дозах 12,5-25 мг. Далее осуществлялась постепенная титрация дозировок до минимальных эффективных/переносимых в соответствии с основными принципами психофармакотерапии антипсихотиками и антидепрессантами, осуществляемой в соответствии с существующими клиническими рекомендациями для лечения психических расстройств Российского общества психиатров [83].

У различных больных использовались комбинации нейролептика с антидепрессантом в зависимости от коморбидной симптоматики, выступающей в качестве дополнительных мишеней терапии (тревожных, депрессивных, инсомнических, экстраоральных коэнестезиопатических и соматовегетативных феноменов).

Применявшиеся комбинации включали: 1) дулоксетин + кветиапин, 2) дулоксетин + перициазин, 3) венлафаксин + кветиапин, 4) венлафаксин + перициазин, 5) сертралин + кветиапин, 6) сульпирид + миртазапин, 7) галоперидол + миртазапин, 8) сертралин + галоперидол.

Перечисленные схемы составлялись исходя из принципа приема препарата с активирующим действием утром, а с седативным эффектом – на ночь и/или

вечером. При непереносимости той или иной схемы либо при неэффективности терапии в течение четырех недель схема менялась на аналогичную из выше представленного списка.

Необходимо сразу отметить, что в случае терапии *глоссалгического синдрома sine materia соматопсихотического типа* в половине случаев на втором этапе лечения не удалось добиться полной редукции глоссалгического синдрома в амбулаторных условиях и 4 больным лечение проводилось в условиях стационара, в т.ч. с применением парентеральных методов введения препаратов (галоперидол в/в капельно, сульпирид в/в капельно, амитриптилин в/м).

Среди больных с органоневротическим типом синдрома на втором этапе терапии полная редукция ощущений в полости рта, а также ассоциированных с сенсациями ипохондрических феноменов наблюдалась в 20% случаев (2 набл.). У 40% (4 набл.) пациентов отмечалась частичная редукция симптомов (неполные респондеры). Нечувствительными к психофармакотерапии оказались 40% больных (4 набл.). Графически результаты терапии глоссалгического синдрома *sine materia* органо-невротического типа представлены на рисунке 16.

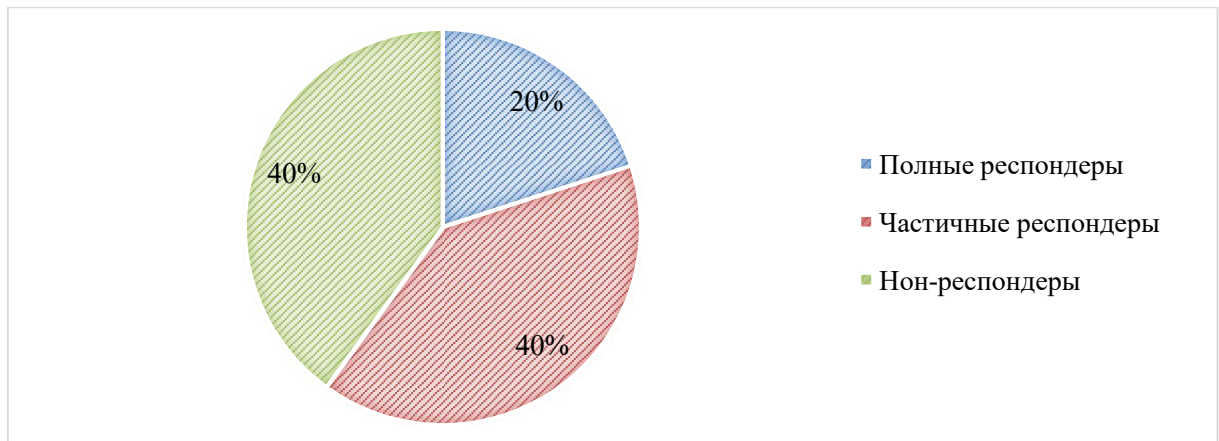


Рисунок 16 – Эффективность терапии глоссалгического синдрома *sine materia* органо-невротического типа (10 набл.) на втором открытом этапе исследования по шкале общего клинического впечатления CGI-S

Среди больных с психотическим типом синдрома на втором этапе терапии полная редукция ощущений в полости рта не отмечалась ни в одном из случаев – удалось достичь частичного ответа на терапию в 50% случаев (4 набл.) (частичные

респондеры). Половине больных (4 набл.) потребовалось продолжение фармакотерапии в условиях стационара, соответственно, в рамках настоящего исследования они расцениваются как нон-респондеры. Графически результаты терапии глоссалгического синдрома *sine materia* психотического типа представлены на рисунке 17.

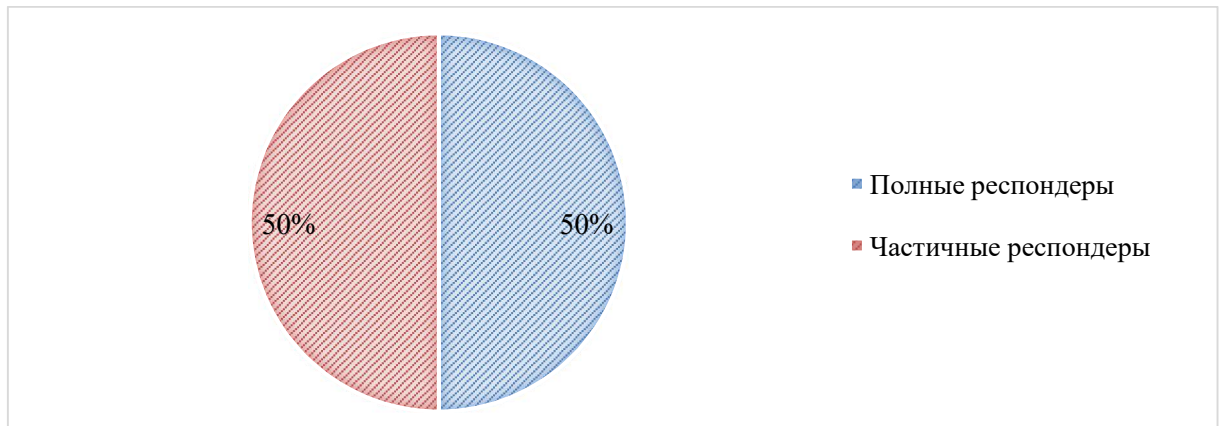


Рисунок 17 – Эффективность терапии глоссалгического синдрома *sine materia* психотического типа (8 набл.) на втором открытом этапе исследования по шкале общего клинического впечатления CGI-S

Среди больных с вариантом синдрома *cum materia* на втором этапе терапии полная редукция ощущений в полости рта отмечалась в 50% случаев (3 набл.), в еще 50% случаев (3 набл.) отмечалась частичная ремиссия. Графически результаты терапии глоссалгического синдрома *cum materia* представлены на рисунке 18.

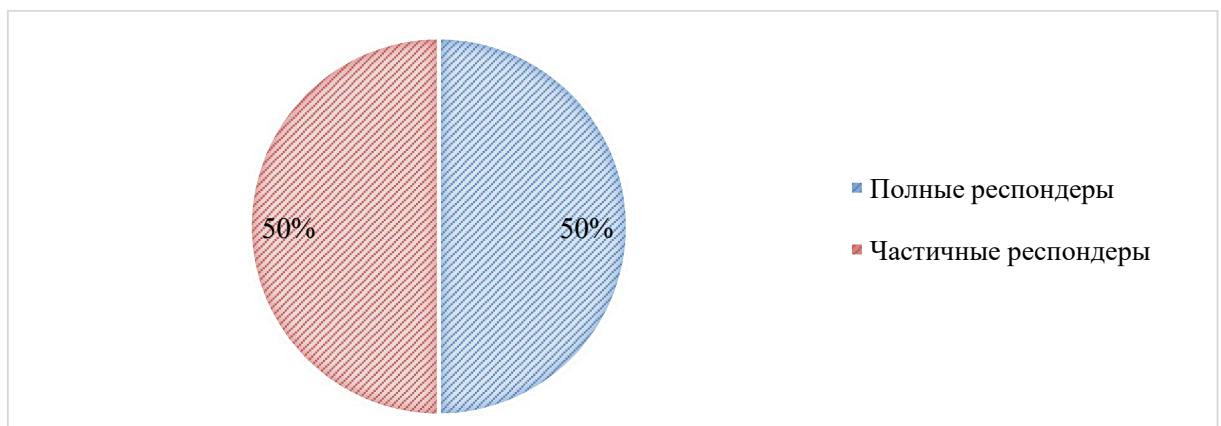


Рисунок 18 – Эффективность терапии глоссалгического синдрома *cum materia* (6 набл.) на втором открытом этапе исследования по шкале общего клинического впечатления CGI-S

Соответственно, суммарно на первом и втором этапах лечения полной ремиссии удалось добиться у 56 % больных (28 набл.), а в 22% (11 набл.) случаев отмечалась частичная редукция симптомов (неполные респондеры). Остальные 22% случаев (11 набл.) были расценены как нонреспондеры, поскольку лечение оказалось неэффективно либо они отказались от продолжения лечения в связи с возникшими побочными эффектами. Графически результаты двух этапов терапии глоссалгического синдрома представлены на рисунке 19.

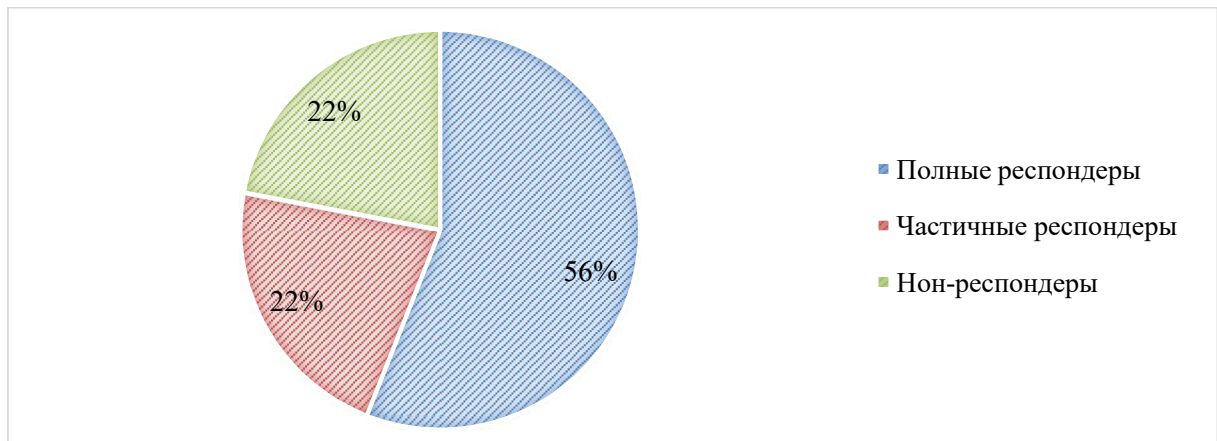


Рисунок 19 – Эффективность терапии глоссалгического синдрома (50 набл.) на двух этапах исследования по шкале общего клинического впечатления CGI-S

Таким образом, в проспективном интервенционном неконтролируемом исследовании терапии глоссалгического синдрома, включавшем два этапа лечения (монотерапия «малым нейролептиком» алимемазином и комбинированная терапия нейролептиками и антидепрессантами) установлено следующее. В выборке больных глоссалгией алимемазин демонстрирует хорошую переносимость – лишь трое больных отказались от участия в исследовании в связи с побочными эффектами. При этом эффективность терапии обнаруживала зависимость от типологической принадлежности глоссалгического синдрома. Наибольшее количество полных респондеров ожидаемо оказалось в группе больных с органоневротическим типом синдрома (60% набл.), наименьшее – в группе больных с соматопсихотическим типом (12% набл.). В целом, оценивая эффективность терапии на первом этапе (монотерапия алимемазином), следует отметить, что было получено 46% полных респондеров. Согласно полученным на

втором этапе лечения результатам, назначение комбинированной терапии нейролептиками (антипсихотиками) и антидепрессантами, может рассматриваться в качестве эффективной стратегии для преодоления резистентности (либо в случае недостаточного ответа) к монотерапии алимемазином. В целом по результату двух этапов терапии полного ответа удалось добиться в 56% случаев, а значительного уменьшения выраженности симптомов (частичный ответ) еще в 22% случаев. Соответственно, можно сделать вывод о том, что монотерапия препаратом алимемазин представляет собой адекватную стратегию лечения на начальных этапах терапии глоссалгии. Впоследствии, при недостаточной эффективности алимемазина препарат может быть заменен комбинированной терапией нейролептиками (антипсихотиками) и антидепрессантами различных групп [88, 89].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Глоссалгия, или синдром горящего рта, считается редким и казуистическим, зачастую оставаясь гиподиагностированным. Распространенность глоссалгии в населении по данным литературы колеблется от 0,6% до 15%, а заболеваемость составляет 11,4 случая на 100 000 человек в год [94].

Глоссалгия формально относится к локализованным синдромам, однако согласно имеющимся данным, значительно влияет на качество жизни пациентов и приводит к существенной дезадаптации, что определяет актуальность обсуждаемого расстройства. Так, при глоссалгии обнаруживается значимое снижение качества жизни по сравнению с сопоставимой по возрасту и полу группой популяционного контроля (здоровые добровольцы [178]).

Роль психических расстройств в генезе глоссалгии остается изучена недостаточно. Требуют уточнения психопатологические характеристики глоссалгии, ассоциированной с психической патологией, поскольку в большинстве публикаций такие «первично психические» формы заболевания фактически предлагается дифференцировать методом исключения.

Роль психотравмирующих воздействий и других психологических факторов в манифестации глоссалгии остается малоизучена. Этот фактор анализируется в единичных исследованиях, а его участие в манифестации и развитии заболевания некоторыми авторами обсуждается лишь как гипотетическая [105].

Необходимо также подчеркнуть, что в отличие от квалификации глоссалгии как психического заболевания (невротического либо психотического регистра), проявляющегося жалобами в полости рта при здоровой слизистой, в ряде исследований [94, 216] приводятся данные, указывающие на возможность манифестации симптомов глоссалгии (боли, жжения, печения, покалывания, стянутости) при дерматозах полости рта.

Имеются лишь единичные данные литературы, в соответствии с которыми при некоторых формах КПЛ могут наблюдаться патологические телесные сенсации, аналогичные таковым у пациентов с глоссалгией без высыпаний на

слизистой, т.е. предположительно речь может идти о патологии *cum materia* [59]. Таким образом, несмотря на то, что глоссалгический синдром имеет длительную историю изучения исследователями различных медицинских специальностей, до настоящего времени сохраняется ряд вопросов, нуждающихся в уточнении с междисциплинарных позиций.

Настоящее исследование осуществлено в период с 2018 по 2022 гг. при междисциплинарном участии сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой – академик РАН А.Б. Смулевич) института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (ректор – академик РАН П.В. Глыбочко) и отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно- практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ (руководитель – доктор медицинских наук, профессор Н.Н. Потеев).

Дизайн настоящего исследования предполагал проведение двух этапов: (I) сплошного клинико-эпидемиологического, направленного на определение распространенности глоссалгии среди пациентов с патологией ротовой полости на приеме врачей-дерматологов, и (II) психопатологического, нацеленного на верификацию основных психосоматических характеристик глоссалгии в специально отобранной для этого клинической выборке пациентов, давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании, предполагающем консультацию врача-психиатра.

Сплошная выборка клинико-эпидемиологического этапа исследования составила 4567 пациентов (средний возраст – 57,3 года, 88% жен., 12% муж.), проконсультированных амбулаторно врачами-дерматологами по поводу жалоб, ассоциированных с патологией ротовой полости.

На II этапе исследования (психопатологическом) в результате комплексного клинического обследования из пациентов с глоссалгией, выявленных на I этапе и давших информированное согласие на консультацию психиатра, была сформирована клиническая выборка, составившая 50 пациентов, состояние которых соответствовало диагностическим критериям глоссалгии. Пациенты

клинической выборки на II этапе исследования сравнивались с группой популяционного контроля: 50 сопоставимых по полу и возрасту обследуемых без патологии кожного покрова и слизистых.

В результате комплексного анализа междисциплинарных данных, позволявших исключить/верифицировать кожную патологию, а также соматические/неврологические заболевания, сопровождающиеся патологическими телесными сенсациями в полости рта, с учетом детального психиатрического обследования (анамнез, квалификация психического статуса, катamnестические сведения) осуществлялась синдромальная и нозологическая квалификация психопатологических феноменов. Клиническое обследование дополнялось следующими психометрическими методиками:

- визуальная аналоговая шкала оценки боли: VAS [174];
- опросник соматизированных расстройств SOMS-2 [215];
- шкала PHQ-4 для самооценки выраженности тревоги (GAD-2) и депрессии (PHQ-2) [103];
- шкала оценки качества жизни EQ-5D (EQ-5D-3L) [134];
- психометрическая оценка черт личности SCID-II-PD (SCID-II Personality Disorder Traits) [220];
- шкала общего клинического впечатления CGI.

Все наблюдения, вошедшие в клиническую выборку, были представлены на междисциплинарном клиническом консилиуме с участием психиатров, дерматологов (сотрудников отдела клинической дерматовенерологии и косметологии – проф. А.Н. Львов, к.м.н. С.И. Бобко, к.м.н. Миченко, асп. С.И. Артемьева), невролога (проф. кафедры неврологии и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) И.В. Дамулин) и клинического психолога (м.н.с отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ О.А. Садкова), проводимом под руководством академика РАН А.Б. Смулевича.

В исследовании применялись статистические методы обработки данных – параметрические (Стьюдента) и непараметрические (Пирсона, Манн-Уитни) критерии. Связь количественных показателей анализировалась с помощью коэффициентов корреляции Пирсона и Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы SPSS 27.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования.

В клиническую выборку вошли 50 больных глоссалгией (45 женщин и 5 мужчины. Гендерное распределение пациентов клинической выборки больных глоссалгией характеризовалось преобладанием женщин (90% женщин и 10% мужчин), что согласуется с данными литературы о гендерном распределении глоссалгии [249].

Средний возраст больных в клинической выборке составил $56,6 \pm 16,6$ лет. В изученной выборке больных глоссалгией явно преобладает возрастная группа пациентов старше 55 лет (64%), причем наибольшее количество пациентов находятся в промежутке от 56 до 65 лет, пациентов старше 75 и моложе 30 в выборке – 4% и 8% соответственно.

Группа контроля была сформирована из здоровых добровольцев без признаков дерматологической патологии из числа родственников пациентов, обратившихся на прием в учреждение дерматологического профиля (МНПЦДВК ДЗМ). Обследуемые контрольной группы подбирались в соответствии с современными требованиями доказательной медицины таким образом, чтобы попарно соответствовать пациентам клинической выборки по полу и возрасту (matching controls [219]). Соответственно, контрольная группа также включает 50 наблюдений (43 женщины, 7 мужчин).

Частота тревоги по опроснику GAD-2 в основной клинической выборке составляет 28 наблюдений (56%), в то время как в группе здорового контроля – 5 наблюдений (10%) – $p < 0,05$. Эти данные соотносятся с приводимыми в исследовании A. Sardella и соавт. (53,9%) [221].

Количество пациентов с надпороговым значением балла по шкале депрессии PHQ-2 в клинической выборке составило 26 наблюдений (52%), в группе здорового контроля – 13 наблюдений (26%). В доступной литературе в сходной по количеству больных глоссалгией выборке также приводятся высокие показатели депрессии, хотя и несколько меньшие – 43%, что может быть связано с использованием другого психометрического инструментария [221].

Согласно шкале, оценивающей качество жизни (EQ5D), показатели больных глоссалгией значимо ниже таковых по сравнению с контрольной группой, что также соотносится с данными литературы [178].

Переходя к характеристике преморбидных патохарактерологических особенностей в клинической выборке, необходимо отметить следующее. Согласно клинической и психометрической оценке (с помощью шкалы SCID II-PD), большинство больных (25 набл.) преморбидно соответствовали РЛ драматического кластера. В 18 наблюдениях выявлялась принадлежность к РЛ эксцентрического кластера (шизотипическое РЛ – 10 набл., паранойяльное РЛ – 6 набл., шизоидное РЛ – 2 набл.). Оставшиеся 7 наблюдений квалифицировались как РЛ тревожного кластера.

В большинстве случаев (32 набл.) глоссалгический синдром нозологически квалифицирован в ряду ипохондрических реакций (расстройства адаптации – F43.2), формирующихся на поздних этапах траектории развития расстройств личности (РЛ). Такой квалификации соответствует преморбид, который определяется в пределах РЛ драматического и тревожного кластера. При этом спровоцированный различными триггерами симптомокомплекс, ограничивающийся перекрывающимися проявлениями коэнестезиопатий (в данном случае, ощущений в полости рта) и ипохондрических феноменов, лишен как признаков процессуальной трансформации позитивных нарушений, так и манифестации негативных феноменов.

В свою очередь в 18 набл. глоссалгия квалифицирована в пределах патологии шизофренического спектра и соответствует критериям ипохондрической шизофрении (F20) – 12 набл., либо шизотипического расстройства – 6 набл. (F21).

Несмотря на манифестацию в связи с рядом триггеров и аналогичную инициальную локализацию коэнестезиопатий (исходно – в полости рта) сенсации обнаруживают признаки процессуальной трансформации как психопатологической структуры (по типу сенестоалгий, сенестопатий, сенестезий и пр.), так и топической проекции с явлениями генерализации. В качестве негативных изменений на первый план выступают дефицитарные феномены либо апато-абулического круга (avolition) в 5 набл., либо дефицит эмоциональной экспрессии (diminished expression) с изменениями типа фершробен в 7 набл. Кроме того, в 3 набл. обнаруживаются отчетливые расстройства мышления по шизофреническому типу (резонерство, соскальзывания, ментизм, шперрунги).

Среди клинических диагнозов, установленных дерматологами, в клинической выборке преобладал диагноз «глоссалгия (глоссодиния)» – K14.6 (39 набл.), т.е. признаки объективной патологии слизистой рта были исключены – *глоссалгический синдром sine materia*. В части наблюдений также устанавливался диагноз «красный плоский лишай» (11 набл.) – L43 (типичной, ретикулярной и гиперкератотической форм), коморбидный глоссалгическим феноменам – *глоссалгический синдром cum materia*.

Согласно результатам настоящего исследования синдром глоссалгии *sine materia* в 40 наблюдениях клинической выборки психопатологически неоднороден и дифференцируется на симптомокомплекс (1) органно-невротического круга – группа 1 либо (2) психотического регистра – группа 2.

Группа 1. Органно-невротические состояния (в значительной степени конституционально обусловленные) – «органный невроз» – представлены 25 наблюдениями (возраст $70,3 \pm 11,7$ лет, 23 женщины, длительность заболевания – $3,13 \pm 4,3$ года).

Патологические ощущения в ротовой полости могут быть квалифицированы как коэнестезиопатии по типу истероалгий («психалгии» [33]) и телесных фантазий [13, 225, 22].

При объективном обследовании слизистая полости рта лишена элементов сыпи – как первичных, обусловленных известными дерматозами, так и

аутодеструктивных. Обнаруживаемые изменения слизистой либо соответствуют варианту нормы, либо обусловлены, например, сопутствующей патологией ЖКТ. Ипохондрические феномены, ассоциированные с истералгиями и телесными фантазиями, у пациентов с органо-невротическими состояниями представлены нарушениями истерического круга. Тревога о здоровье приобретает драматизированную окраску и ассоциирована с манипулятивным поведением.

Наряду с синдромальной структурой синдрома глоссалгии в группе больных с органо-невротическим типом симптомокомплекса были проанализированы преморбидные расстройства личности, оценивавшиеся как клинически, так и психометрически с помощью шкалы SCID-II-PD. Большинство больных преморбидно соответствовали РЛ драматического кластера В: 16 набл. (64%) – истерического, в остальных – истеро-паранойяльного (3 набл. – 12%), шизоидного с чертами зависимости (2 набл. – 8%), тревожного РЛ (4 набл. – 16%).

У пяти пациентов (20%) в анамнезе выявлялись психические расстройства, предшествовавшие манифестации глоссалгии и подтвержденные медицинской документацией. У трех пациенток был установлен диагноз рекуррентное депрессивное расстройство (F33); у двух – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3). Лишь в одном случае (F33) имела место госпитализация в психиатрический стационар по поводу эпизода депрессии.

При ретроспективном анализе анамнестических данных у 36% больных были выявлены реакции в пределах ресурсов личности: ипохондрические (28%), тревожные (24%), депрессивные (16%) – в сумме более 36%, поскольку у 32% пациентов имело место более одной реакции.

У большинства (64%) пациентов с глоссалгией органо-невротического типа манифестации глоссалгии предшествовало воздействие психогенного триггера, причем у 16% таким триггером являлся острый стресс (потеря значимых близких – реакции утраты), а в 48% – длительная неразрешимая конфликтная ситуация (протрагированный стресс). В 24% случаев, триггером выступало массивное стоматологическое вмешательство, в остальных 12% наблюдений глоссалгии предшествовал соматогенный триггер (ангина/бронхит с последующей системной

антибиотикотерапией). *Глоссалгия* *органо-невротического* типа нозологически квалифицирована в ряду ипохондрических реакций (расстройства приспособительных реакций – F43.23), формирующихся на поздних этапах траектории развития расстройств личности.

Группа 2. Соматопсихотические состояния (процессуально обусловленное) – шизо-коэнестезиопатическое расстройство с картиной органо локализованного соматопсихоза (соматизированное расстройство психотического регистра) – представлены 14 наблюдениями (возраст $42 \pm 8,5$ лет, 6 женщин, длительность заболевания 2,6 лет).

Клинически симптомокомплекс во второй группе соотносится с проявлениями соматопсихоза [7, 182, 262, 66]. У больных с соматопсихотическими состояниями регистрируется соматопсихическая растерянность с тревогой психотического уровня, угрозой собственному существованию, страхом смерти, убеждённой в наличии тяжёлой, неизлечимой болезни не только ротовой полости, но и внутренних органов. При этом в отличие от больных с органо-невротическими состояниями значительный удельный вес в клинической картине принадлежит расстройствам общего чувства тела – ощущениям крайне тягостного тотального физического неблагополучия и недомогания, дискомфорта во всём организме. В свою очередь круг вовлеченных вегетативных нарушений у больных соматопсихозом также шире: резкая потеря веса с аменореей (2 набл.), перепады артериального давления с тахикардией и обмороками (1 набл.), субфебрилитет (1 набл.).

Базисные коэнестезиопатические нарушения у пациентов с соматопсихотическими состояниями представлены более широким кругом сенсопатий, отражающих выраженность соматопсихических нарушений более тяжелого по сравнению с пациентами с органо-невротическими состояниями регистра. Телесные сенсации включают тактильные иллюзии, сенесталгии, сенестопатии и сенестезии. Коэнестезиопатии также дополняются обманами восприятия других модальностей – зрительные иллюзии. Ипохондрические феномены, сопряженные с коэнестезиопатиями при соматопсихотическом

синдроме, включают психотического уровня охваченность патологическими ощущениями, полную поглощенность ими, что исключает возможность какой-либо иной, не связанной с ипохондрическими представлениями, деятельности. При усилении психотической тревоги наблюдается ажитация, достигающая степени ипохондрического раптуса (дизестетического криза [80]): больные не могут усидеть на месте, мечутся по помещению, вызывают о помощи, требуют вызова «скорой помощи» и пр.).

В отличие от органно-невротического, при соматопсихотическом синдроме характерно массивное аутоагрессивное поведение – в попытках избавиться от боли, «очистить» язык, пациенты прибегают к разнообразным средствам для механического и химического воздействия на слизистую.

Преморбидная характеристика группы пациентов с сомато-психотическим типом синдрома была оценена клинически и с помощью шкалы SCID-II PD. Преморбидно большинство пациентов (9 набл.; 62,5%) соответствовали шизотипическому РЛ; также констатировано паранойальное (3 набл.; 21,4%) и шизоидное (2 набл.; 14,3%) РЛ.

У 72,7% пациентов в анамнезе выявлялись психические расстройства, подтвержденные медицинской документацией. У 11,2% имели диагноз рекуррентного депрессивного расстройства, 36,4% пациентов страдали соматоформным болевым расстройством, 11,2% – шизотипическим расстройством. При этом 54,5% пациентов госпитализировались в психиатрический стационар.

В большинстве случаев (50%) манифестации глоссалгии соматопсихотического типа предшествовали психогенные триггеры (при этом, в отличие от органно-невротического варианта синдрома лишь 14,3% имели характер протрагированного стресса, а 35,7% – острого). В 28,6% глоссалгический синдром проявился после стоматологического вмешательства, в 21,4% триггер имел соматогенный характер (обострение хронического соматического заболевания, гастроскопия). Глоссалгия соматопсихотического типа может быть квалифицирована в пределах патологии шизофренического спектра и

соответствует критериям ипохондрической шизофрении (F20) – 8 набл., либо шизотипического расстройства – 6 набл. (F21).

Соматически индуцированный глоссалгический синдром (ипохондрия *sum materia*), представлен казуистическими наблюдениями – 11 пациентов (средний возраст $59,5 \pm 13,5$ лет, 9 женщин, длительность заболевания $4,3 \pm 1,9$ года).

Во всех наблюдениях помимо ощущений в полости рта выявляются также объективные изменения слизистой, соответствующие диагнозу КПЛ. У больных выборки элементы сыпи наблюдаются изолированно на слизистой полости рта, без поражения кожи или слизистой гениталий (КПЛ полости рта). В большинстве наблюдений (81,8%) высыпания обнаруживаются на слизистой щек в ретромолярной области, на внутренней поверхности губ, слизистой альвеолярных отростков и языке, в остальных случаях (18,2%) – только на спинке языка. Элементы сыпи представлены молочно-синюшными папулами с ороговевающей верхушкой, соединенными между собой кератотическими «мостиками», с образованием типичной ретикулярной сетки («сетка Уикхема»).

При сопоставлении больных с глоссалгией *sum materia* ($n = 11$) и глоссалгией *sine materia* ($n = 39$), обсуждавшейся в предыдущей главе, не было обнаружено статистически значимых различий по таким параметрам как возраст, продолжительность заболевания, возраст дебюта заболевания, психометрический уровень тревоги и депрессии по шкалам PHQ-2 и GAD-2. При этом интенсивность боли (согласно визуальной аналоговой шкале) и выраженность соматизации (шкала SOMS-2) при синдроме глоссалгии *sum materia* оказались статистически значимо ниже по сравнению с глоссалгией *sine materia*. В свою очередь качество жизни (по шкале EQ-5D), напротив, было выше в группе, что может указывать на меньшую морбидность расстройства глоссалгии *sum materia*.

Отличительной особенностью КПЛ в представленных наблюдениях выступает характер триггерных воздействий, приводящих к манифестации заболевания и/или провоцирующих рецидивы (см. рисунок 1). Так, манифестация глоссалгии, ассоциированной с КПЛ, в отличие от больных органоневротическим и соматопсихотическим типом (*sine materia*), которые характеризуются

разнообразием триггеров (психогенных, соматогенных, местно-травматических), во всех наблюдениях синдрома *sum materia* происходит вслед за массивными стоматологическими манипуляциями – «соматический стресс» (удаление большого количество зубов, установка зубных протезов, резекция кисты челюсти). Подобная травма приводит к лихеноидной реакции слизистой по типу КПЛ (типичной, ретикулярной и гиперкератотической), сопровождающейся коэнестезиопатиями. При этом оперативное вмешательство и манифестация КПЛ выступают одновременно в качестве психотравмирующего воздействия («нозогенный стресс»), приводящего к нозогенным тревожно-ипохондрическим реакциям [42] с монопатологиями.

При глоссалгии *sum materia* патологические ощущения не ограничиваются исключительно объективно пораженными участками слизистой. Телесные сенсации на слизистой полости рта выходят за границы проекции высыпаний и распространяются на незатронутые КПЛ участки. При этом ощущения в проекции высыпаний и за их пределами феноменологически неидентичны.

Сенсации *в проекции сыпи* соотносятся с описаниями соматических сенсорных феноменов, свойственных для типичной и гиперкератотической форм КПЛ, приводимых в литературе и квалифицируемых как биологически обусловленные – «лихеноидные» – ощущения, связанные с кератинизацией слизистой.

Сенсации *за пределами проекции сыпи* клинически соответствуют таковым при соматоневротических состояниях – истералгии и эмотивные телесные фантазии либо представлены идиопатическими алгиями и/или сенесталгиями и сходны по клиническим характеристикам с сенсорными феноменами при сенестоипохондриии с синдромом сверхценной одержимости (ограниченная, *circumscripta*, ипохондриия [33]). В целом «набор» таких сенсаций при синдроме глоссалгии *sum materia* не столь широк как при синдроме глоссалгии *sine materia*, а феномены идеоипохондриии не выходят за рамки невротической и сверхценной ипохондриии, не достигая степени тяжести психотического регистра.

В зависимости от преобладания указанных двух типов ощущений и корреспондирующих им идеоипохондрических феноменов синдром глоссалгии *cum materia* дифференцируются на **органоневротический и сверхценный варианты**.

Органоневротический (тревожно-фобический) вариант синдрома глоссалгии *cum materia*. У большинства больных (7 набл.) ощущения за пределами проекции сыпи соответствуют клинической картине невротических коэнестезиопатий [17, 31, 72], при тревожно-ипохондрических состояниях (невротическая ипохондрия). Речь идет о поверхностных, имеющих постоянную локализацию в пределах полости рта ощущениях, сопровождающихся локальными явлениями вегетативной дисфункции (отечность, ксеростомия, дисгевзия, изменение консистенции – «загущение» – слюны и пр.) и подверженных экзацербациям в результате усиливающих анксиозный аффект психотравмирующих ситуаций.

В пользу функциональной природы обсуждаемых ощущений говорит возникновение тактильных и зрительных иллюзий, закономерно не наблюдающихся при синдроме глоссалгии *sine materia*. Здесь (глоссалгический синдром *cum materia*, ассоциированный с безболевым формой КПЛ) высыпания имеют свойственный для типичной, гиперкератотической и ретикулярной форм КПЛ характер и представляют собой не отличающиеся пальпаторно от здоровой слизистой папулы и сетки, которые не возвышаются над поверхностью слизистой и не образуют ее дефекта (в отличие от булл или язв при «болевым» формах КПЛ). Однако больные при самообследовании пальпаторно, но чаще при ощупывании языком, а также под контролем зрения обнаруживают на слизистой щек, внутренней поверхности губ, деснах, кончике и боковых поверхностях языка «образования» (по сути, являющиеся папулами и сетками, не содержащими воспалительного компонента), которые гиперболизированно воспринимаются и интерпретируются ими как «язвы слизистой», «дефекты», «углубления», «неровности», «бугорки» (**тактильные и зрительные иллюзии**). В обсуждаемых наблюдениях, в отличие от синдрома истероипохондриии *sine materia*, не

наблюдаются нарушения из сферы патологии воображения (телесные фантазии) и драматизированные истералгии, приуроченные при синдроме *sine materia* к внешне неизменной слизистой.

Ипохондрические феномены, наблюдаемые при данном варианте глоссалгического синдрома *cum materia* носят характер **невротической ипохондрии**. Больным свойственна ипохондрическая фиксация внимания – сосредоточенность на патологических ощущениях и пальпируемых/визуализируемых «изменениях слизистой» – обостренное самонаблюдение с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия [17]. Идеаторная фиксация на заболевании также носит характер ипохондрических опасений (тревно-фобических феноменов) соотносимых с явлениями «катастрофизации» (дезадаптивного когнитивного стиля, характеризующегося необоснованным ожиданием развития негативных событий в будущем [222] – здесь применительно к собственному здоровью). Больные формируют в связи с коэнестезиопатиями представления по типу «тревоги вперед» – о распространении высыпаний на всю поверхность полости слизистой, что, согласно их опасениям, в будущем может существенно нарушать речь и/или прием пищи, также, несмотря на уверения врачей, предполагают, что процесс может распространиться на другие слизистые и/или кожу. При этом, в отличие от группы больных с органоневротическими состояниями *sine materia* по типу истероипохондрии (см. главу 3) при тревожно-фобическом синдроме *cum materia* не наблюдается столь драматически окрашенных стойких монопатофобий (онкофобий, бактерио/вирусофобий). Опасения онкологического характера заболевания транзиторны – присутствуют лишь на ранних этапах и после установления диагноза КПЛ редуцируются.

Наряду с синдромальной структурой в группе больных с органоневротическим типом глоссалгии проанализированы преморбидные характеристики личности, оценивавшиеся как клинически, так и психометрически с помощью шкалы SCID-II-PD. В отличие от больных с органоневротическим (истеро-ипохондрическим) вариантом синдрома *sine materia*, где закономерно

преобладали истерические аномалии (гипертимные/гистрионные истерики), в группе больных с органоневротическим (тревожно-фобическим) вариантом синдрома при КПЛ доминируют РЛ кластера С – тревожно-мнительные и избегающие личности.

Глоссалгический синдром *cum materia* по типу сверхценной – *circumscripta* – ипохондрии в изученной выборке представлен четырьмя казуистическими наблюдениями, в которых при сочетании КПЛ с глоссалгией сенсации как в пределах, так и за пределами высыпаний¹³ квалифицируются как идиопатические алгии и/или сенесталгии и сенестопатии, сходные с коэнестезиопатиями при синдроме ограниченной ипохондрии [65, 115, 153, 218]. Основным свойством таких сенсаций является локализованность (ограниченность в плане «органной изоляции» – *circumscripta*), а также резкая очерченность топографических границ сенсаций («круг боли размером с монету», «полоса боли вдоль языка» и т.п.).

На всем протяжении заболевания коэнестезиопатии носят изолированный характер, не распространяясь за пределы определенной топографической зоны (локальные сенестопатии, по L. Forney, 1954) – в данном случае ограничиваются полостью рта, не переходя на нижележащие отделы пищеварительной/дыхательной систем. В этом плане коэнестезиопатии отличаются от сенсаций (сенестопатий), свойственных глоссалгическому синдрому *sine materia* психотического регистра в картине соматопсихоза (см. главу 3), которым свойственна генерализация.

Идиопатические алгии в обсуждаемых наблюдениях носят мономорфный, однообразный характер (гомономные расстройства телесного чувства [149] или элементарные сенестопатии [89]): сопоставляются пациентами с болями при соматической патологии, пережитой ранее. Так, боли на слизистой полости рта и в области челюсти сравниваются с ощущениями после удаления зуба, порезом острым предметом, болью после перелома кости и пр.

¹³ Наряду с психопатологически обусловленными сенсопатиями при сверхценном синдроме глоссалгии *cum materia* в области сыпи также определяются ощущения, аналогичные таковым при органоневротическом варианте (соматически обусловленные лихеноидные сенсации).

В свою очередь сенесталгии у данной группы больных имеют более сложную психопатологическую структуры (гетерономные расстройства телесного чувства [149], истинные сенестопатии [89]): не похожее на прежний опыт соматических болезней «напряжение», «распирание» в языке и других участках слизистой.

У половины больных наблюдалось ощущение «инородного предмета» в языке, мешающего говорить и принимать пищу – «словно тяж внутри языка», «пузырь в глубине язвы», «чувство прокола языка иглой» (телесные фантазии). Однако, в отличие от аналогичных сенсопатий при кожном варианте синдрома ограниченной ипохондрии [67] здесь не наблюдаются «фантастические визуальные явления» [92] – дополняющие коэнестезиопатии зрительные иллюзии, когда извлеченные фрагменты кожи и подкожной клетчатки из соответствующих коэнестезиопатиям областей воспринимаются как не свойственные живым тканям объемные патологические образования, принимаемые за чужеродные объекты.

При синдроме глоссалгии *cum materia*, сопровождающемся идиопатическими алгиями и сенесталгиями, ипохондрические расстройства не достигают психотического регистра, а ограничиваются феноменами сверхценной ипохондрии (одержимость болями с аутоагрессивным поведением, направленным на их элиминацию из пространства слизистой [38]). На этапе активного развития дерматоза участок слизистой, пораженной КПЛ, начинает восприниматься больными как нечто «чужеродное», в связи с чем пациенты охвачены идеей избавления от соответствующих элементов. В трех наблюдениях речь идет о доверенной аутоагрессии в отношении отчуждаемых участков [191] – обращаются к стоматологам-хирургам с требованиями иссечения слизистой, в одном наблюдении – аутоагрессия прямая. Однако в отличие как от кожной формы синдрома ограниченной ипохондрии, так и от синдрома глоссалгии *sine materia* психотического регистра, прямая аутоагрессия носит не столь грубый характер – ограниченное применение концентрированных антисептических растворов и самоповреждения с помощью зубной щетки и металлической ложки. В этом случае элементы сыпи фактически поддерживаются вследствие ежедневной травматизацией уже существующих регенерирующих высыпаний, что

способствует хронизации воспаления и приводит к повышению чувствительности слизистых в соответствующих местах с появлением новых типичных высыпаний КПЛ (феномен Кёбнера¹⁴). При этом больные не обнаруживают сутяжных тенденций или присоединения бредовых феноменов (нозомания, идеи паразитарной инвазии и пр.).

Были проанализированы преморбидные расстройства личности, оценивавшиеся как клинически, так и психометрически с помощью шкалы SCID-II-PD. В отличие от больных с органо-невротическим вариантом синдрома *sum materia*, в группе больных с КПЛ выявлено преобладание РЛ кластера А – трое больных соответствовали критериям паранойяльного, один – шизотипического РЛ.

Терапия глоссалгического синдрома. Данные об эффективности/переносимости фармакотерапии при лечении глоссалгического синдрома получены в результате специально спланированного открытого неконтролируемого двухэтапного натуралистического исследования. На первом этапе (12 недель.) всем пациентам клинической выборки (50 набл.) назначался

«малый нейролептик» алимемазин в режиме монотерапии, на втором – пациентам, не ответившим на лечение первого этапа, проводилась комбинированная психофармакотерапия. Титрация дозы алимемазина осуществлялась постепенно в диапазоне от 1,25 мг до 30 мг/сут. На второй этап переходили пациенты, не ответившие на лечение алимемазином в максимальной переносимой дозе либо больные, у которых терапия сопровождалась возникновением побочных эффектов, не подвергавшихся обратному развитию в течение 3 дней на той же дозе либо при снижении дозы алимемазина. При недостаточной эффективности алимемазин комбинировали с антидепрессантами, при непереносимости – заменяли на другой нейролептик также в сочетании с антидепрессантом.

¹⁴ Феномен Кёбнера – феномен, характеризующийся появлением свежих (первичных) высыпаний в области раздражения кожного покрова (царапин, ожогов, послеоперационных швов, очагов воспаления, расчёсов и др.) наблюдающейся при некоторых дерматозах (псориаз, красный плоский лишай, герпетиформный дерматит Дюринга и др.).

При неэффективности/непереносимости амбулаторной терапии осуществлялось стационарное лечение, проводившееся на базе санаторных отделений ФБГНУ НЦПЗ, в т.ч. с применением парентеральных методов введения препаратов. Результаты терапии анализировались дифференцированно в зависимости от типологической принадлежности глоссалгического синдрома по каждому этапу лечения отдельно и в конце второго этапа.

Результаты первого этапа лечения (монотерапия алимемазином). При глоссалгическом синдроме *sine materia* органо-невротического варианта (25 набл.) доля полных респондеров при оценке по шкале CGI составила 60,0% (15 набл.), частичных – 28,0% (7 набл.), нонреспондеров – 12,0% (3 набл.). Средняя суточная доза алимемазина – $10,0 \pm 2,5$ мг. При глоссалгическом синдроме *sine materia* соматопсихотического варианта (14 набл.) доля полных респондеров достигла лишь 21,4% (3 набл.), частичных – 21,4% (3 набл.), нонреспондеров – 35,7% (5 набл.), а еще в 21,4% случаев (3 набл.) больные выбыли из исследования, отказавшись от продолжения терапии. Средняя суточная доза алимемазина – $25,0 \pm 5,0$ мг. Терапия глоссалгического синдрома *sum materia*, учитывая наличие объективно регистрируемого дерматоза (КПЛ), предполагала дополнение алимемазина дерматотропными средствами (антигистаминные препараты – цетиризин 10 мг, клемастин 1 мг, топические глюкокортикостероиды – бетаметазон крем/мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения, полоскания полости рта антисептическими растворами). Доля полных респондеров составила 45,5% (5 набл.), а частичных – 54,5% (6 набл.). Средняя доза алимемазина – $5,5 \pm 1,25$ мг. Таким образом, на первом этапе лечения, общая доля респондеров составила 78%, а наиболее эффективной оказалась терапия глоссалгического синдрома *sine materia* органо-невротического варианта (алимемазин в средних дозах), тогда как наиболее резистентной к лечению – группа больных с глоссалгическим синдромом *sine materia* соматопсихотического варианта (алимемазин в высоких дозах) – различия долей статистически значимы, $p < 0,01$. Глоссалгический синдром *sum materia* при КПЛ занял промежуточное положение по ответу на терапию (алимемазин в минимальных дозах).

Аналогичная динамика ответа отмечалась при анализе результатов лечения дифференцировано с учетом бинарной структуры синдрома (коэнестезиопатии/ипохондрия) по психометрическим шкалам – интенсивности телесных ощущений по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и выраженности тревоги по шкале GAD-2. Для всех больных глоссалгическим синдромом среднее значение по шкале ВАШ снизилось с $7,4 \pm 1,3$ баллов (до лечения) до $4,1 \pm 0,6$ баллов после лечения ($p < 0,01$), а по шкале GAD-2 с $4,0 \pm 1,3$ баллов до $1,8 \pm 0,1$ баллов ($p < 0,01$). При этом наиболее выраженное снижение интенсивности коэнестезиопатий (разница средних баллов до и после лечения – $4,0 \pm 1,2$ балла) и тревоги (различия 2 балла) отмечалось при органоневротическом варианте глоссалгического синдрома *sine materia* ($p < 0,01$), наименее выраженная динамика показателей – при соматопсихотическом варианте синдрома: $2,4 \pm 0,6$ балла для коэнестезиопатий и 1,6 балла для тревоги ($p < 0,01$). Синдром глоссалгии *cum materia* занял промежуточное положение: $2,9 \pm 0,7$ баллов для сенсопатий и 1,7 баллов для тревоги ($p < 0,01$).

На первом этапе терапии дополнительно анализировались результаты лечения алимемазином коморбидной глоссалгическому синдрому инсомнии. В результате лечения выраженность инсомнии снизилась по шкале PSQI с $10,4 \pm 7,2$ баллов до $3,8 \pm 2,2$ баллов ($p < 0,01$), а доля больных с выраженными нарушениями сна – с 63,9% до 5,6% ($p < 0,01$), что указывает на эффективность алимемазина в отношении симптомов инсомнии при глоссалгическом синдроме независимо от его типологии.

Результаты второго этапа лечения (комбинированная психофармакотерапия). На этом этапе подбор терапии осуществлялся частичным респондерам или нонреспондерам первого этапа: 24 пациента, включая 10 больных с органоневротическим вариантом синдрома (7 частичных респондеров, 3 нонреспондера), 8 больных с соматопсихотическим (3 частичных респондера, 5 нонреспондеров) и 6 частичных респондеров с глоссалгическим синдромом *cum materia*.

Осуществлялась комбинированная психотерапия с антидепрессантами (дулоксетин 30-120 мг/сут; венлафаксин 75-225 мг/сут, миртазапин 15-60 мг/сут, сертралин 50-150 мг/сут) и нейролептиками (кветиапин 12,5-200 мг, галоперидол 0,5-10 мг/сут, перициазин 3-10 мг/сут, сульпирид 100-400 мг/сут). Выбор комбинации нейролептика с антидепрессантом осуществлялся индивидуально в зависимости от симптоматики, выступающей в качестве дополнительных мишеней терапии, т.е. тревожных, депрессивных, инсомнических, экстраоральных коэнестезиопатических и соматовегетативных феноменов. Применявшиеся комбинации включали: 1) дулоксетин + кветиапин, 2) дулоксетин + перициазин, 3) венлафаксин + кветиапин, 4) венлафаксин + перициазин, 5) сертралин + кветиапин 6) сульпирид + миртазапин 7) галоперидол + миртазапин 8) сертралин + галоперидол. Перечисленные схемы составлялись исходя из принципа приема препарата с активирующим действием утром, а с седативным эффектом – на ночь и/или вечером. При непереносимости той или иной схемы либо при неэффективности терапии в течение четырех недель схема менялась на аналогичную из выше представленного списка.

При органоневротическом варианте синдрома к концу второго этапа терапии полными респондерами оказались 20% пациентов (2 набл.), частичными респондерами – 40% (4 набл.), нонреспондерами – 40% (4 набл.). При соматопсихотическом варианте частичными респондерами оказались 50% пациентов (4 набл.), остальные 50% (4 набл.) – нонреспондерами, которым потребовалось продолжение фармакотерапии в условиях стационара, в т.ч. с применением парентеральных методов введения препаратов (галоперидол в/в капельно, сульпирид в/в капельно, амитприптилин в/м). Среди больных с вариантом синдрома *sum materia* на втором этапе терапии доля респондеров составила 50% случаев (3 набл.), еще 50% случаев (3 набл.) оказались частичными респондерами.

Таким образом, установлено, что полного ответа (синдромальной ремиссии) удалось добиться у 56% больных (28 набл.), а в 22% (11 набл.) случаев отмечалась частичная редукция симптомов (неполные респондеры) – симптоматическая

ремиссия. Остальные 22% случаев (11 набл.) были расценены как нонреспондеры (лекарственная резистентность), поскольку лечение оказалось недостаточно эффективно либо пациенты отказались от продолжения терапии. Среди последних преобладали пациенты с соматопсихотическим вариантом синдрома. Наибольшее количество полных респондеров оказалось в группе больных с органоневротическим вариантом синдрома (60% набл.), наименьшее – в группе больных с соматопсихотическим (12% набл.).

ВЫВОДЫ

1. Согласно собственным данным частота глоссалгического синдрома, как психосоматического расстройства, проявляющегося патологическими телесными ощущениями в проекции слизистой рта, на амбулаторном приеме дерматологов, специализирующихся на дерматозах полости рта, значительна и достигает 23%.

2. При глоссалгическом синдроме статистически значимо чаще, чем в группе здорового контроля, в результате психометрической оценки выявляются тревожные (56% против 10% по шкале GAD-2), депрессивные (52% против 26% по шкале PHQ-2) и соматизированные (97,7% против 9,7% по шкале SOMS-2) симптомы.

3. Манифестацию глоссалгического синдрома провоцируют триггеры: психогенные – 48%, локально-травматические (стоматологические манипуляции) – 42%, соматогенные (системные) – 10%.

4. Глоссалгический синдром имеет бинарную психопатологическую структуру (коэнестезиопатии полости рта как облигатные базисные расстройства ассоциированы с корреспондирующими идеаторными ипохондрическими феноменами) и формируется как при неизменной слизистой (*sine materia*), так и при объективно верифицируемом дерматозе – красный плоский лишай полости рта (*cum materia*).

5. Глоссалгический синдром в зависимости от психопатологической структуры и модуса соотношений с дерматозом полости рта (*sine/cum materia*), а также с учетом регистра психических расстройств ранжируется в пределах психосоматического континуума на органно-невротический (истерический либо тревожно-фобический), сверхценный и соматопсихотический типы.

5.1. Глоссалгический синдром *sine materia* органоневротического (истерического) типа характеризуется базисными коэнестезиопатическими феноменами в виде истералгий и телесных фантазий, ассоциированных с ипохондрическими феноменами истероипохондрического круга.

5.2. Глоссалгический синдром *cum materia* органоневротического (тревожно-фобического) типа определяется базисными невротическими коэнестезиопатиями, тактильными и зрительными иллюзиями, сопряженными с идео-ипохондрическими феноменами в виде невротической ипохондрии.

5.3. Глоссалгический синдром *cum materia* сверхценного (*circumscripta*) типа характеризуется коэнестезиопатиями по типу идеопатических алгий и/или сенесталгий и соответствующими феноменами с картиной сверхценной ипохондрии.

5.4. Глоссалгический синдром *sine materia* соматопсихотического типа формируется на базе коэнестезиопатий по типу сенесталгий, сенестопатий, сенестезий, сопряженных с психотического уровня охваченностью патологическими сенсациями, ажитацией, достигающей степени ипохондрического раптусса.

6. Глоссалгический синдром в зависимости от регистра психических расстройств различается как по преморбидным особенностям личности, так и по нозологической принадлежности синдрома.

6.1. Глоссалгический синдром органоневротического типа (как истерического, так и тревожно-фобического) может быть квалифицирован в ряду ипохондрических реакций (расстройства приспособительных реакций – F43.23), формирующихся на поздних этапах траектории развития расстройств личности. При этом преморбидно большинство больных с истерическим типом соответствуют РЛ кластера В, а с тревожно-фобическим типом – РЛ кластера С.

6.2. Глоссалгический синдром сверхценного и соматопсихотического типов может быть квалифицирован пределах патологии шизофренического спектра и соответствует критериям ипохондрической шизофрении (F20), либо шизотипического расстройства (F21). Преморбидно большинство больных соответствуют РЛ кластера А.

7. Основным методом лечения глоссалгического синдрома является психофармакотерапия, включающая препараты из групп нейролептиков, антидепрессантов и анксиолитиков и учитывающая регистр психических расстройств.

7.1. Терапия глоссалгического синдрома органоневротического типа включает малые дозы препаратов из группы пограничных нейролептиков, эффективных в отношении патологических телесных ощущений и явлений вегетативной дисфункции; в некоторых случаях – комбинированная терапия с использованием антидепрессантов.

7.2. Терапия глоссалгического синдрома сверхценного и соматопсихотического типов характеризуется большим спектром и более высокими дозами нейролептиков с выраженным антипсихотическим эффектом.

7.3. Терапия глоссалгического синдрома *cum materia* должна включать дерматотропную терапию.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

1. Диагностический процесс при глоссалгическом синдроме должен включать скрининг психических нарушений с дальнейшей маршрутизацией больных к специалистам психиатрического профиля.

2. В клинической практике следует верифицировать конкретный тип глоссалгического синдрома в зависимости от типа и регистра психических расстройств, а также наличия ассоциированного дерматологического заболевания.

3. Терапия глоссалгического синдрома должна проводиться комплексно, с учетом объективно диагностируемой дерматологической патологии (*sine/cum materia*) и типологической принадлежности расстройства:

3.1. Основным методом терапии глоссалгического синдрома *sine materia* является психофармакотерапия с использованием препаратов из группы нейролептиков, дополняемая по необходимости дерматотропным лечением.

3.2. При глоссалгическом синдроме *cum materia* лечение требует облигатной дерматотропной терапии, дополняемой психофармакотерапией согласно психопатологическому типу синдрома.

3.3. Наряду с нейролептиками могут применяться психотропные средства из других групп (антидепрессанты, анксиолитики) с учетом ассоциированных симптомов депрессии и тревоги.

Перспективы разработки темы заключаются в проведении дальнейших клинических исследований на большей выборке больных с глоссалгическим синдромом с учетом представленной в работе типологии. Следует проанализировать психопатологическую структуру глоссалгического синдрома у больных с другими коморбидными дерматологическими заболеваниями. Одной из перспектив разработки темы является также анализ эффективности биологической терапии (транскраниальная магнитная стимуляция, электросудорожная терапия) и психотерапии для лечения глоссалгического синдрома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авруцкий, Г. Я. Лечение психически больных / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – М.: Медицина, 1988. – 437 с.
2. Азимова, Ю. Э. Клиническая эффективность и безопасность пролонгированной формы алимемазина у пациентов с генерализованным тревожным расстройством / Ю. Э. Азимова, Ю. П. Сиволап, К. А. Ищенко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 68–75.
3. Аматауни, Э. А. Клинико-лабораторное обоснование комплексной терапии глоссодинии у женщин с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : специальность 14.01.10 «Кожные и венерические болезни» : автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук: / Аматауни Эльза Ашотовна; ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы. – Москва, 2016. – 25 с.
4. Басов, А. М. К вопросу о клинической самостоятельности сенестопатической шизофрении / А. М. Басов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – № 4. – С. 586–592.
5. Басов, А. М. Сенестопатическая шизофрения (клиника, терапия, реабилитация) : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Басов Андрей Михайлович; ВНИИ Общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. – Москва, 1981. – 24 с.
6. Беккер, Р. А. Алимемазин: обзор применения / Р. А. Беккер, Ю. В. Быков // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – Т. 18, № 6. – С. 10–20.
7. Бехтерев, В. М. Соматофрения / В. М. Бехтерев // Обзорение психиатрии, неврологии и рефлексологии. – 1928. – № I, III. – С. 245–252.
8. Болевые синдромы и инсомния: роль ассоциации с коморбидными психическими расстройствами (на модели «синдрома горящего рта» или глоссалгии) / П. Г. Юзбашян, А. Н. Львов, А. В. Терещенко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – № 10. – С. 13–18.

9. Боль в груди: в фокусе несердечные кардиалгии / А. А. Беляев, О. В. Котова, Е. С. Акарачкова, А. Р. Артеменко // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2018. – Т. 2, № 11. – С. 9–14.
10. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. Н. Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 512 с.
11. Борисова, Э. Г. Хронические болевые и парестетические синдромы языка: клиника, диагностика, лечение, профилактика и организация лечебного процесса : специальность 14.01.14 «Стоматология» : автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Борисова Элеонора Геннадиевна; ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко. – Воронеж, 2014. – 22 с.
12. Боровский, Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон. – М.: Медицина, 1984. – 400 с.
13. Буренина, Н. И. Патологические телесные сенсации / Н. И. Буренина // Журнал Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – № 5. – С. 12–19.
14. Бурлаков, А. В. К проблеме лечения шизофрении, протекающей с сенестоипохондрическими расстройствами (опыт применения сероквеля) / А. В. Бурлаков // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 3. – С. 106–109.
15. Бухарцева, Н. А. Механизмы развития и лечение парестезии слизистой оболочки рта на фоне заболеваний желудка с повышенной кислотообразующей функцией : специальность 14.01.14 «Стоматология» : автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Бухарцева Наталия Аркадьевна; Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. – Санкт-Петербург, 2017. – 28 с.
16. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение: монография / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, О. В. Воробьева [и др.]; под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 749 с.
17. Волель, Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности: психосоматические соотношения, психопатология, терапия : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : автореферат

диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Волеель Беатриса Альбертовна; ГУ «НЦПЗ РАМН». – Москва, 2009. – 47 с.

18. Воронова, Е. И. Реактивные депрессии (конституциональное предрасположение, психопатологии кататимного аффекта, эпидемиология, терапия) : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Воронова Евгения Ивановна; ГУ «НЦПЗ РАМН». – Москва, 2016. – 158 с.

19. Выборных, Д. Э. Психические расстройства у пациентов с заболеваниями системы крови: аспекты диагностики и лечения / Д. Э. Выборных, В. Г. Савченко // Клиническая онкогематология. – 2013. – Т. 6, № 4. – С. 451–464.

20. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – Н. Новгород: Изд-во НГМД, 1998. – 128 с.

21. Гериатрическая гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. Л. П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 736 с.

22. Глоссалгия как синдром психодерматологической патологии / А. Б. Смулевич, А. Н. Львов, П. Г. Юзбашян [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – № 7. – С. 7–13.

23. Головачева, В. А. Как помочь пациентам с диагнозом «вегетососудистая дистония»? / В. А. Головачева, В. А. Парфенов // Неврология и ревматология. – 2017. – № 2–2. – С. 19–26.

24. Дамулин, И. В. Особенности психических нарушений при неврологических заболеваниях / И. В. Дамулин, Д. В. Романов, И. В. Нийноя // Российский медицинский журнал. – 2019. – № 5–6. – С. 335–342.

25. Динамика соматических и коморбидных психических расстройств у пациентов с синдромом раздраженного кишечника на фоне терапии алимемазином: результаты неинтервенционной наблюдательной программы («TERRA») / В. Т. Ивашкин, О. З. Охлобыстина, М. В. Маевская [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28, № 6. – С. 38–50.

26. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных) /

А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, Л. К. Мясникова [и др.] // Журнал Неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 12. – С. 12–22.

27. Дубницкая, Э. Б. Небредовая ипохондрия: история и современное состояние проблемы (обзор литературы) / Э. Б. Дубницкая, Б. А. Волель, Е. В. Серебрякова // Психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 44–54.

28. Един, А. С. К вопросу о применении алимемазина (Тералиджен®) у больных атопическим дерматитом в сочетании с тревожно-депрессивным расстройством / А. С. Един // Consilium Medicum. – 2018. – Т. 20, № 2. – С. 145–150.

29. Жислин, С. Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов / С. Г. Жислин. – М.: Гос. НИИ психиатрии, 1956. – 226 с.

30. Жмуров, В. А. Психопатология. В 2 ч. Ч. 2: Психопатологические синдромы / В. А. Жмуров. – Иркутск: Изд-во ИрГУ, 1994. – 304 с.

31. Иванов, С. В. Синдром раздражённой толстой кишки / С. В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 45–49.

32. Иванов, С. В. Терапия психосоматических расстройств / С. В. Иванов // Психосоматические расстройства в клинической практике: монография / под ред. акад. РАН А. Б. Смулевича. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – С. 245–267.

33. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А. Б. Смулевич, А. С. Тиганов, Э. Б. Дубницкая [и др.]; под ред. А. Б. Смулевича. – М.: Логос, 1992. – 175 с.

34. К проблеме соматической-ипохондрической паранойи / А. Б. Смулевич, А. Н. Львов, Б. А. Волель [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2023. – № 4–2. – Т. 123. – С. 6–13.

35. Кекелидзе, Д. З. Психические расстройства у больных с соматически необъяснимыми симптомами в челюстно-лицевой области : специальность 3.1.17 «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Кекелидзе Давид Зурабович; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского. – Москва, 2024. – 17 с.

36. Корешкина, М. И. Почему трудно поставить диагноз «синдром горящего рта»? / М. И. Корешкина // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2018. – № 9. – С. 10–13.
37. Корнетов, Н. А. Психопатология личности и коморбидных расстройств / Н. А. Корнетов, А. Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 3. – С. 103–109.
38. Крылов, В. И. Деперсонализационные расстройства (психопатологические особенности и систематика) / В. И. Крылов // Трудный пациент. – 2019. – № 5. – С. 43–50.
39. Латышева, С. В. Клинические проявления плоского лишая слизистой оболочки рта / С. В. Латышева, Т. В. Будевская, М. В. Качук // Современная стоматология. – 2014. – № 1 (58). – С. 26–29.
40. Лебедева, В. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика коморбидных с соматической патологией психических расстройств у больных территориальной поликлиники / В. Ф. Лебедева, В. Я. Семке // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 3. – С. 61–63.
41. Львов, А. Н. Соматоформный и амплифицированный зуд / А. Н. Львов, С. И. Бобко, Д. В. Романов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – № 4. – С. 39–43.
42. Марилов, В. В. Психосоматозы. Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта / В. В. Марилов. – М.: Миклош, 2010. – 154 с.
43. Медведев, В. Э. Алимемазин в психиатрии и психосоматике / В. Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2018. – Т. 20, № 3–4. – С. 26–33.
44. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): [Электронный ресурс] // МКБ-10: [сайт]. – Режим доступа: <https://mkb-10.com> (дата обращения: 16.01.2026).
45. Многоцентровая неинтервенционная программа изучения практики назначения препарата Тералиджен у больных с диагнозом вегетативного расстройства / Н. Н. Яхно, В. А. Парфенов, Д. В. Рейхарт [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 114, № 5. – С. 27–33.

46. Молохов, А. Н. Очерки гинекологической психиатрии / А. Н. Молохов. – Кишинев: Картя молдовеняскэ, 1962. – 137 с.
47. Негативные и позитивные расстройства при шизофрении (аспекты созависимости, психопатологии, патогенеза) / А. Б. Смулевич, Т. П. Ключник, В. М. Лобанова, Е. И. Воронова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – Т. 120, № 6–2. – С. 13–22.
48. Никитенко, В. В. Болевые синдромы челюстно-лицевой области у военнослужащих в различных климатогеографических условиях несения службы: патофизиологические и организационные основы лечебно-диагностического процесса : специальность 14.03.03 «Патологическая физиология» : диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Никитенко Виталий Викторович; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ. – Санкт-Петербург, 2020. – 235 с.
49. Обзорение психиатрии, неврологии и рефлексологии (имени В. М. Бехтерева). – Л.: Гос. мед. изд-во, 1926–1930.
50. Опыт применения алимемазина в терапии соматоформного расстройства с картиной глоссалгии (синдрома «горящего рта»): психоневрологические и дерматологические аспекты / П. Г. Юзбашян, А. Н. Львов, Е. И. Воронова [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2024. – Т. 20. – № 28. – С. 6–14.
51. Охлобыстина, О. З. Психические расстройства при воспалительных заболеваниях кишечника / О. З. Охлобыстина, С. В. Иванов // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 2. – С. 9–14.
52. 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.
53. Поляковская, Т. П. К типологической дифференциации инволюционной истерии / Т. П. Поляковская // Актуальные вопросы психопатологии и клиники психических заболеваний: избранные материалы Всероссийской школы молодых учёных в области психического здоровья. – М.: Москва-Кострома, 2010. – С. 102–107.

54. Потекаев, Н. Н. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней: атлас-справочник / Н. Н. Потекаев, В. Г. Акимов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 447 с.
55. Прибытков, А. А. Психогенная крапивница: вопросы диагностики и оптимизации терапии / А. А. Прибытков, Е. А. Орлова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 3. – С. 21–26.
56. Психические расстройства у больных с лёгочной патологией / А. Б. Смулевич, С. И. Овчаренко, Б. А. Волель, Е. И. Воронова // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – № 2–3. – С. 4–20.
57. Психокардиология: монография / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев [и др.]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 777 с.
58. Психопатология и нозология глоссалгии / А. Б. Смулевич, Д. В. Романов, А. Н. Львов [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2019. – № 2–4. – С. 4–10.
59. Психосоматические расстройства: руководство для практических врачей / под ред. акад. РАН А. Б. Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 496 с.
60. Психосоматические синдромы у больных хронической ишемической болезнью сердца и их влияние на ее течение / А. Л. Сыркин, А. Б. Смулевич, Е. А. Сыркина [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 12, № 5. – С. 395–401.
61. Пушкарев, Д. Ф. Алимемазин в психиатрической практике и общей медицине (обзор литературы) / Д. Ф. Пушкарев // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 1. – С. 56–61.
62. Рагимова, А. А. К проблеме послеродовых депрессий. Комментарии к статье Л. В. Васюк «Послеродовые депрессии: клинико-психопатологические аспекты и типология» / А. А. Рагимова, С. В. Иванов // Психиатрия. – 2018. – Т. 77, № 1. – С. 45–50.
63. Распространенность глоссалгией в зависимости от характера сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой

системы / С. Ж. Абдикаримов, К. Ж. Кемелхан, С. Ш. Есмаганбетов [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2013. – № 1. – С. 111–115.

64. Расстройства личности и сердечно-сосудистые заболевания (на модели кардиоперсонифицированных синдромов) / Е. С. Терновая, Б. А. Волель, Е. А. Сыркина, И. Б. Ардзинба // Сеченовский вестник. – 2014. – № 2 (16). – С. 42–48.

65. Романов, Д. В. Психические расстройства в дерматологической практике: психопатология, эпидемиология, терапия: специальности 14.01.06 «Психиатрия», 14.01.10 «Кожные и венерические болезни» : автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Романов Дмитрий Владимирович; ФГБНУ «НЦПЗ РАМН». – Москва, 2014. – 45 с.

66. Романов, Д. В. Психопатология дерматозойного бреда и спектра расстройств одержимости кожными паразитами. Часть I / Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 1. – С. 10–15.

67. Смулевич, А. Б. Дерматозойный бред и ассоциированные расстройства / А. Б. Смулевич, Д. В. Романов, А. Н. Львов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 12. – С. 183–184.

68. Смулевич, А. Б. История и современное состояние проблемы негативных расстройств (исследования нозологического периода) / А. Б. Смулевич, В. М. Лобанова, Е. И. Воронова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 2. – С. 122–130.

69. Смулевич, А. Б. К проблеме классификации психических расстройств в дерматологии / А. Б. Смулевич, А. Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 5. – С. 45–52.

70. Смулевич, А. Б. Негативные расстройства в психопатологическом пространстве шизофрении / А. Б. Смулевич. – М.: Медпресс-информ, 2021. – 246 с.

71. Смулевич, А. Б. Патомимии: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике / А. Б. Смулевич, А. Н. Львов, О. Л. Иванов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 160 с.

72. Смулевич, А. Б. Пограничные состояния и вялотекущая шизофрения: учебное пособие / А. Б. Смулевич, М. М. Буркин. – Петрозаводск: ПетрГУ, 1987. – 92 с.
73. Смулевич, А. Б. Психические расстройства в общей медицине / А. Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 496 с.
74. Смулевич, А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 777 с.
75. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 336 с.
76. Смулевич, А. Б. Расстройства шизофренического спектра в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 1. – С. 4–9.
77. Смулевич, А. Б. Реактивные депрессии у больных шизофренией / А. Б. Смулевич, Н. А. Ильина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2013. – Т. 113, № 11-2. – С. 23–27.
78. Смулевич, А. Б. Современный взгляд на проблему ипохондрии в аспекте клиники и терапии / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Фарматека: международный медицинский журнал. – 2006. – № 7. – С. 71–76.
79. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / В. Н. Краснов, Т. В. Довженко, А. Е. Бобров [и др.]; под ред. В. Н. Краснова. – М.: Медпрактика-М, 2008. – 136 с.
80. Соматопсихоз (коэнестеziопатические расстройства с явлениями экзистенциального криза) / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, А. Л. Сыркин, А. Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 2. – С. 4–14.
81. Терентьева, М. А. Клиника и терапия невротических экскориаций / М. А. Терентьева, А. Н. Львов // Психиатрия. – 2007. – № 1 (25). – С. 14–26.
82. Терещенко, А. В. Глоссалгия/глоссодиния как междисциплинарная проблема / А. В. Терещенко, А. Я. Джапуева // Клиническая дерматология и венерология. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 19–24.

83. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении: монография / В. Н. Краснов, И. Я. Гурович, С. Н. Мосолов [и др.]. – М.: НМИЦПН им. В. П. Сербского, 2013. – 138 с.

84. 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.

85. Фролова, В. И. Коэнестезиопатическая паранойя (клинические и терапевтические аспекты дерматозойного бреда) : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук : / Фролова Вероника Игоревна; НЦПЗ РАН. – Москва, 2006. – 169 с.

86. Хубаев, С.-С. З. Глоссодиния: современные аспекты диагностики и лечения : специальность 14.01.14 «Стоматология» : автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Хубаев Саид-Селим Зайндинович; – ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». – Москва, 2014. – 22 с.

87. Чуйкин, С. В. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение / С. В. Чуйкин, Г. М. Акмалова // Казанский медицинский журнал. – 2014. – № 5. – С. 680–687.

88. Шостакович, Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий : специальность «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Шостакович Борис Владимирович; Центральный научно-исследовательский институт судебной психиатрии им. В.П. Сербского. – Москва, 1971. – 30 с.

89. Эглитис, И. Р. Сенестопатии / И. Р. Эглитис. – Рига: Зинатне, 1977. – 183 с.

90. Яворская, Е. С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Е. С. Яворская // Вестник стоматологии. – 1996. – № 4. – С. 316–321.

91. Яворская, Е. С. Клиника, патогенез и лечение глоссодинии как висцеро-рефлекторного бульбарного синдрома : специальность «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Яворская Елена Станиславовна; Киевский медицинский институт им. А.А. Богомольца. – Киев, 1972. – 42 с.

92. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс; пер. с нем. Л. О. Акопяна. – М.: Практикум, 1997. – 1053 с.
93. A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: a pilot study / K. Jongsma, B. S. Darboh, S. Davis, E. MacKillop // BMC Psychiatry. – 2023. – Vol. 23, № 1. – Art. 896.
94. A Population-Based Study of the Incidence of Burning Mouth Syndrome / J. J. Kohorst, A. J. Bruce, R. R. Torgerson [et al.] // Mayo Clinic Proceedings. – 2014. – Vol. 89. – P. 1545–1552.
95. Abramowitz, J. S. Psychological Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis: A Biopsychosocial Approach / J. S. Abramowitz, A. E. Braddock. – Göttingen: Hogrefe, 2008. – 331 p.
96. Advancements in Understanding and Classifying Chronic Orofacial Pain: Key Insights from Biopsychosocial Models and International Classifications (ICHD-3, ICD-11, ICOP) / F. Canfora, G. Ottaviani, E. Calabria [et al.] // Biomedicines. – 2023. – Vol. 11, № 12. – Art. 3266.
97. Aguirre-Urizar, J. M. Clinical presentation of burning mouth syndrome in patients with oral lichenoid disease / J. M. Aguirre-Urizar, E. Ginestal-Gómez // Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal. – 2020. – Vol. 25, № 6. – P. 805–809.
98. Akhtar, S. Paranoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features / S. Akhtar // American Journal of Psychotherapy. – 1990. – Vol. 44, № 1. – P. 5–25.
99. Akintoye, S. O. Recurrent aphthous stomatitis / S. O. Akintoye, M. S. Greenberg // Dental Clinics of North America. – 2014. – Vol. 58, № 2. – P. 281–297.
100. Al Quaran, F. A. Psychological profile in burning mouth syndrome / F. A. Al Quaran, I. Jordan // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. – 2004. – Vol. 97. – P. 339–344.
101. Amalgam- contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus / M. H. Thornhill, M. N. Pemberton, R. K. Simmons, E. D. Theaker // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. – 2003. – Vol. 95. – P. 291–299.

102. An open-label study of levopromazine (methotrimeprazine) as an add-on therapy in fibromyalgia management / F. Rico-Villademoros, J. Hidalgo, P. Morillas-Arques [et al.] // *Clinical and Experimental Rheumatology*. – 2009. – Vol. 27, № 5S56. – P. 16–20.
103. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4 / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. Williams, B. Löwe // *Psychosomatics*. – 2009. – Vol. 50, № 6. – P. 613–621.
104. Antagonism by neuroleptics of serotonin 5-HT_{1A} and 5-HT₂ receptors of normal human brain in vitro / T. J. Wander, A. Nelson, H. Okazaki [et al.] // *European Journal of Pharmacology*. – 1987. – Vol. 143, № 2. – P. 279–282.
105. Anxiety, depression, and pain in burning mouth syndrome: first chicken or egg? / V. Schiavone, D. Adamo, G. Ventrella [et al.] // *Headache*. – 2012. – Vol. 52, № 6. – P. 1019–1025.
106. Assessment of self-reported sleep disturbance and psychological status in patients with burning mouth syndrome / P. Lopez-Jornet, M. Lucero-Berdugo, C. Castillo-Felipe [et al.] // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. – 2015. – Vol. 29, № 7. – P. 1285–1290.
107. Atypical antipsychotic quetiapine in the management of severe refractory functional gastrointestinal disorders / M. Grover, S. D. Dorn, S. R. Weinland [et al.] // *Digestive Diseases and Sciences*. – 2009. – Vol. 54, № 6. – P. 1284–1291.
108. Atypical antipsychotics in the treatment of fibromyalgia: A case series with olanzapine / F. Rico-Villademoros, J. Hidalgo, I. Dominguez [et al.] // *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. – 2005. – Vol. 29, № 1. – P. 161–164.
109. Barker, K. E. Comparison of treatment modalities in burning mouth syndrome / K. E. Barker, M. D. Batstone, N. W. Savage // *Australian Dental Journal*. – 2009. – Vol. 54, № 4. – P. 300–305.
110. Basker, R. M. Patients with burning mouths: a clinical investigation of causative factors including the climacteric and diabetes / R. M. Basker, D. W. Sturdee, J. C. Davenport // *British Dental Journal*. – 1978. – Vol. 145, № 1. – P. 9–16.
111. Bender, S. D. Burning Mouth Syndrome / S. D. Bender // *Dental Clinics of North America*. – 2018. – Vol. 62, № 4. – P. 585–596.

112. Bergdahl, J. Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management / J. Bergdahl, G. Anneroth // *Journal of Oral Pathology & Medicine*. – 1993. – Vol. 22, № 10. – P. 433–438.

113. Bergdahl, J. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study / J. Bergdahl, G. Anneroth, H. Perris // *Journal of Oral Pathology and Medicine*. – 1995. – Vol. 24, № 5. – P. 213–215.

114. Bleuler, E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien* / E. Bleuler. – Leipzig: Deuticke, 1911. – 548 p.

115. Bonhoeffer, K. *Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* / K. Bonhoeffer. – Berlin: Karger, 1934. – 120 p.

116. Bonhoeffer, K. *Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke* / K. Bonhoeffer. – Berlin: Springer, 1941. – 88 p.

117. Breschet, F. Glossalgie / F. Breschet // *Dictionnaire des sciences médicales*. – Paris: Panckouke, 1817. – № 18. – P. 481–486.

118. Burning mouth syndrome / D. Grinspan, G. F. Blanco, M. A. Allevato [et al.] // *International Journal of Dermatology*. – 1995. – Vol. 34, № 7. – P. 483–487.

119. Burning mouth syndrome / Y. Umezaki, T. Naito, T. T. Huyen Tu, A. Toyofuku // *British Dental Journal*. – 2024. – Vol. 237, № 2. – P. 73–75.

120. Burning Mouth Syndrome: A Systematic Review of Treatments / Y. F. Liu, Y. Kim, T. Yoo [et al.] // *Oral Diseases*. – 2018. – Vol. 24, № 3. – P. 325–334.

121. Burning Mouth Syndrome: An Update / J. A. Ship, M. Grushka, J. A. Lipton [et al.] // *Journal of the American Dental Association*. – 1995. – Vol. 126, № 7. – P. 842–853.

122. Busner, J. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice / J. Busner, S. D. Targum // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2007. – Vol. 4, № 7. – P. 28–37.

123. Calandre, E. P. Use of ziprasidone in patients with fibromyalgia: A case series / E. P. Calandre, J. Hidalgo, F. Rico-Villademoros // *Rheumatology International*. – 2007. – Vol. 27, № 5. – P. 473–476.

124. Cardeña, E. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989 / E. Cardeña, D. Spiegel // *American Journal of Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150, № 3. – P. 474–478.

125. 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.

126. Coculescu, E. C. Epidemiological and etiological aspects of burning mouth syndrome / E. C. Coculescu, S. Tovar, B. I. Coculescu // *Journal of Medicine and Life*. – 2014. – Vol. 7, № 3. – P. 305–309.

127. Cognitive therapy with inpatients / S. Stuart, J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck // *General Hospital Psychiatry*. – 1997. – Vol. 19, № 1. – P. 42–50.

128. Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder: Results of a 6- week randomized study / M. Huang, B. Luo, J. Hu [et al.] // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2012. – Vol. 27, № 3. – P. 151–158.

129. Comparative efficacy of SSRIs and amisulpride in burning mouth syndrome: a single-blind study / G. Maina, A. Vitalucci, S. Gandolfo, F. Bogetto // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63, № 1. – P. 38–43.

130. Correlation between burning mouth syndrome and anxiety in the elderly inmates of sanatoria in Teheran / S. Bakhtiari, H. R. Khalighi, S. Azimi [et al.] // *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. – 2010. – Vol. 4. – P. 37–41.

131. Crocq, M. A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category / M. A. Crocq // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2017. – Vol. 19, № 2. – P. 107–116.

132. Da Costa, J. M. On irritable heart: a clinical study of a functional cardiac disorder and its consequences / J. M. Da Costa // *American Journal of Medical Sciences*. – 1871. – Vol. 61. – P. 17–52.

133. Developing a research diagnostic criteria for burning mouth syndrome: Results from an international Delphi process / C. C. Currie, R. Ohrbach, R. De Leeuw [et al.] // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2021. – Vol. 48, № 3. – P. 308–331.

134. Devlin, N. J. The development of new research methods for the valuation of EQ-5D-5L / N. J. Devlin // *European Journal of Health Economics*. – 2013. – Vol. 14, № S1. – P. 1–3.
135. Drage, L. A. Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms / L. A. Drage, R. S. Rogers // *Mayo Clinic Proceedings*. – 1999. – Vol. 74, № 3. – P. 223–228.
136. Effectiveness of low-dose milnacipran for a patient suffering from pain disorder with delusional disorder (somatic type) in the orofacial region / K. Ukai, H. Kimura, M. Arao [et al.] // *Psychogeriatrics*. – 2013. – Vol. 13, № 2. – P. 99–102.
137. Efficacy of photobiomodulation in reducing pain and improving the quality of life in patients with idiopathic burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis / G. C. V. Camolesi, X. Marichalar-Mendía, M. E. Padín-Iruegas [et al.] // *Lasers in Medical Science*. – 2022. – Vol. 37, № 4. – P. 2123–2133.
138. Elucidating negative symptoms in the daily life of individuals in the early stages of psychosis / K. Hermans, I. Myin-Germeys, C. Gayer-Anderson [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2020. – Vol. 51. – P. 1–11.
139. Engman, M. F. Burning tongue / M. F. Engman // *Archives of Dermatology and Syphilology*. – 1920. – Vol. 1. – P. 137–138.
140. Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder: a double-blind, placebo-controlled trial / J. E. Muller, I. Wentzel, L. Koen [et al.] // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2008. – Vol. 23, № 1. – P. 43–48.
141. Evidence-based clinical practice guidelines for burning mouth syndrome / Society of Oral Medicine; Chinese Stomatological Association // *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. – 2021. – Vol. 56, № 5. – P. 458–467.
142. Exploring the Association of Burning Mouth Syndrome with Depressive and Anxiety Disorders in Middle-Aged and Older Adults: A Systematic Review / V. Dibello, A. Ballini, M. Lozupone [et al.] // *Journal of Personalized Medicine*. – 2023. – Vol. 13, № 6. – Art. 1014.
143. 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, № 2. – P. 185–186.

144. Fischhoff, D. Little evidence to support or refute interventions for the management of burning mouth syndrome / D. Fischhoff, S. Spivakovsky // Evidence-Based Dentistry. – 2017. – Vol. 18, № 57. – P. 57–58.

145. Frequency, impact, and predictors of persistent pain after root canal treatment: a national dental PBRN study / D. R. Nixdorf, A. S. Law, K. Lindquist [et al.] // Pain. – 2016. – Vol. 157, № 1. – P. 159–165.

146. García-Campayo, J. Topiramate as a treatment for pain in multisomatoform disorder patients: An open trial / J. García-Campayo, C. Sanz-Carrillo // General Hospital Psychiatry. – 2002. – Vol. 24, № 6. – P. 417–421.

147. Gisslen, H. Clinical trial of alimemazine as an anti-pruritic agent / H. Gisslen, L. Hellgren // Nordisk Medicin. – 1962. – Vol. 67. – P. 605–607.

148. Glatzel, J. Leibgefühlsstörungen bei endogenen Psychosen: Schizophrenie und Zykllothymie / J. Glatzel // Ergebnisse und Probleme / ed. G. Huber. – Stuttgart: Thieme, 1969. – P. 163–176.

149. Glatzel, J. Zur Frage der larvierten Depression / J. Glatzel // Psychiatrische Klinik. – 1973. – Bd. 6. – P. 250–258.

150. Glatzel, J. Zur Psychiatrie des Herzangst-Syndroms / J. Glatzel // Internist. – 1981. – Bd. 22, № 1. – P. 39–42.

151. Gurvits, G. E. Burning mouth syndrome / G. E. Gurvits, A. Tan // World Journal of Gastroenterology. – 2013. – Vol. 19, № 5. – P. 665–672.

152. Guttmann, E. Short-distance prognosis of schizophrenia / E. Guttmann, W. Mayer-Gross, E. T. Slater // Journal of Neurology and Psychiatry. – 1939. – Vol. 2, № 1. – P. 25–34.

153. Hallen, O. Uber circumscriphte Hypochondrien / O. Hallen // Nervenarzt. – 1970. – Bd. 41, № 5. – P. 215–220.

154. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // Cephalalgia. – 2013. – Vol. 33, № 9. – P. 629–808.

155. Hedlund, P. B. The 5-HT₇ receptor and disorders of the nervous system: an overview / P. B. Hedlund // Psychopharmacology (Berlin). – 2009. – Vol. 206, № 3. – P. 345–354.

156. Hidalgo, J. An open-label study of quetiapine in the treatment of fibromyalgia / J. Hidalgo, F. Rico-Villademoros, E. P. Calandre // *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. – 2007. – Vol. 31, № 1. – P. 71–77.
157. Huber, G. Die coenesthetische Schizophrenie / G. Huber // *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. – 1957. – № 9. – P. 491–521.
158. Impact of symptom focusing and somatosensory amplification on persistent physical symptoms: A three-year follow-up study / H. Barends, N. Claassen-van Dessel, J. C. van der Wouden [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2020. – Vol. 135. – Art. 110131.
159. Incident injury is strongly associated with subsequent incident temporomandibular disorder: results from the OPPERA study / S. Sharma, J. Wactawski-Wende, M. J. LaMonte [et al.] // *Pain*. – 2019. – Vol. 160, № 7. – P. 1551–1561.
160. International Headache Society. International Classification of Orofacial Pain, 1st Edition // *Cephalalgia*. – 2020. – Vol. 40. – P. 129–221.
161. Interventions for treating burning mouth syndrome / R. McMillan, H. Forssell, J. A. Buchanan [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2016. – Vol. 11. – Art. CD002779.
162. Ismail, S. B. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation / S. B. Ismail, S. K. Kumar, R. B. Zain // *Journal of Oral Science*. – 2007. – Vol. 49. – P. 89–106.
163. Jaaskelainen, S. K. Pain and burning sensations in the mouth: a role for nerve growth factor? / S. K. Jaaskelainen, A. Woda, J. Peltola // *Neuroscience Letters*. – 2001. – Vol. 310, № 3. – P. 203–207.
164. Jedel, E. Differences in personality, perceived stress, and physical activity in women with burning mouth syndrome compared to controls / E. Jedel, M. L. Elfström, C. Hägglin // *Scandinavian Journal of Pain*. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 183–190.
165. Killough, S. Demographic study of sub-types of burning mouth syndrome in a UK and USA population / S. Killough, T. Rees, P. J. Lamey // *Journal of Dental Research*. – 1995. – Vol. 74, № 5. – P. 892–896.

166. Kirkpatrick, B. A separate disease within the syndrome of schizophrenia / B. Kirkpatrick, R. W. Buchanan, W. Carpenter // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol. 49. – P. 1–4.
167. Klasser, G. D. Burning mouth syndrome: recognition, understanding, and management / G. D. Klasser, D. J. Fischer, J. B. Epstein // *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 20. – P. 255–271.
168. Kleinstauber, M. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis / M. Kleinstauber, M. Witthoft, W. Hiller // *Clinical Psychology Review*. – 2011. – Vol. 31. – P. 146–160.
169. Kossioni, A. E. Self-reported oral complaints in older mentally ill patients / A. E. Kossioni, G. E. Kossionis, A. Polychronopoulou // *Geriatrics & Gerontology International*. – 2013. – Vol. 13, № 2. – P. 358–364.
170. Kroenke, K. Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials / K. Kroenke // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69, № 9. – P. 881–888.
171. Kurhan, F. Somatic symptom disorder responding to risperidone treatment / F. Kurhan, S. Aktas // *Psychiatria Danubina*. – 2023. – Vol. 35, № 3. – P. 436–439.
172. Lamey, P. J. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome / P. J. Lamey, M. A. Lewis // *British Dental Journal*. – 1989. – Vol. 167, № 6. – P. 197–200.
173. Lamey, P. J. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome / P. J. Lamey, A. B. Lamb // *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*. – 1988. – Vol. 296, № 6631. – P. 1243–1246.
174. Langley, G. B. The visual analogue scale: its use in pain measurement / G. B. Langley, H. Sheppard // *Rheumatology International*. – 1985. – Vol. 5, № 4. – P. 145–148.
175. Levosulpiride in somatoform disorders: A double-blind, placebo-controlled cross-over study / A. C. Altamura, A. Di Rosa, A. Ermentini [et al.] // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 2003. – Vol. 7, № 3. – P. 155–159.
176. Lincoln, C. Treatment of itching: a preliminary report on results with a new oral antipruritic / C. Lincoln, B. Nordstrom, E. Batts // *California Medicine*. – 1959. – Vol. 90, № 2. – P. 126–127.

177. Lipton, J. A. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States / J. A. Lipton, J. A. Ship, D. Larach-Robinson // *Journal of the American Dental Association*. – 1993. – Vol. 124, № 10. – P. 115–121.

178. Lopez-Jornet, P. Quality of life in patients with burning mouth syndrome / P. Lopez-Jornet, F. Camacho-Alonso, M. Lucero-Berdugo // *Journal of Oral Pathology & Medicine*. – 2008. – Vol. 37, № 7. – P. 389–394.

179. Management of reticular oral lichen planus patients with burning mouth syndrome-like oral symptoms: a pilot study / D. Adamo, M. D. Mignogna, G. Pecoraro [et al.] // *Journal of Dermatological Treatment*. – 2018. – Vol. 29, № 6. – P. 623–629.

180. Marbach, J. J. Phantom bite / J. J. Marbach // *American Journal of Orthodontics*. – 1976. – Vol. 70, № 2. – P. 190–199.

181. Maresky, L. S. Burning mouth syndrome / L. S. Maresky, P. van der Bijl, I. Gird // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. – 1993. – Vol. 75, № 3. – P. 303–307.

182. McGirr, A. Idiopathic burning mouth syndrome: a common treatment-refractory somatoform condition responsive to ECT / A. McGirr, L. Davis, F. Vila-Rodriguez // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 216, № 1. – P. 158–159.

183. Merskey, H. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms / H. Merskey, N. Bogduk // *Classification of Chronic Pain* / H. Merskey, N. Bogduk. – 2nd ed. – Seattle: IASP Press, 1994. – P. 74–75.

184. Mitsikostas, D. D. Refractory Burning Mouth Syndrome: Clinical and Paraclinical Evaluation, Comorbidities, Treatment and Outcome / D. D. Mitsikostas, S. Ljubisavljevic, C. I. Deligianni // *Journal of Headache and Pain*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – Art. 40.

185. Montgomery, D. W. Painful tongue / D. W. Montgomery, G. D. Culver // *Archives of Dermatology and Syphilology*. – 1932. – Vol. 26, № 3. – P. 474–477.

186. Morel, B. A. *Traité des maladies mentales* / B. A. Morel. – Paris: Masson, 1860. – 430 p.

187. Morgagni, G. B. Lettre 50, article 26 / G. B. Morgagni // *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque*. – Leuven: Lovanium, 1767. – № 4. – P. 36–37.

188. Nagoshi, Y. Blonanserin augmentation for treatment-resistant somatic symptom disorder: A case series / Y. Nagoshi, T. Tominaga, K. Fukui // *Clinical Neuropharmacology*. – 2016. – Vol. 39, № 2. – P. 112–114.
189. Naviau, B. Trials in psychiatric therapy / B. Naviau, F. Fouche, J. Serret // *Annales médico-psychologiques*. – 1961. – Vol. 119, № 3. – P. 456–467.
190. Number V oral lichen planus: clinical features and management / D. Eisen, M. Carrozzo, J. V. Bagan Sebastian, K. Thongprasom // *Oral Diseases*. – 2005. – Vol. 11. – P. 338–349.
191. Nummular headache: Peripheral or central? One case with reappearance of nummular headache after focal scalp was removed, and literature review / W. Dai, S. Yu, J. Liang, M. Zhang // *Cephalalgia*. – 2013. – Vol. 33, № 6. – P. 390–397.
192. Ohta, K. Squamous cell carcinoma of the dorsal tongue / K. Ohta, H. Yoshimura // *Canadian Medical Association Journal*. – 2019. – Vol. 191, № 47. – P. 1310–1312.
193. Olanzapine for the treatment of somatic symptom disorder: Biobehavioral processes and clinical implications / C. Crapanzano, C. Amendola, A. Politano [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2022. – Vol. 84, № 3. – P. 393–395.
194. Opipramol for the treatment of somatoform disorders: Results from a placebo-controlled trial / H. P. Volz, H. J. Möller, I. Reimann, K. D. Stoll // *European Neuropsychopharmacology*. – 2000. – Vol. 10, № 3. – P. 211–217.
195. *Oxford Textbook of Psychopathology* / eds.: P. H. Blaney, T. Millon, – 2nd ed. – New York: Oxford University Press, 2008. – 840 p.
196. Pain and pain behavior in burning mouth syndrome: a pain diary study / H. Forssell, T. Teerijoki-Oksa, U. Kotiranta [et al.] // *Journal of Orofacial Pain*. – 2012. – Vol. 26, № 2. – P. 117–125.
197. Pelissier, H. Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women / H. Pelissier, P. Maserau, J. Fornegran // *Annales Médico-Psychologiques*. – 1962. – Vol. 2. – P. 346.
198. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial / S. Galderisi, A. Mucci,

I. Bitter [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2013. – Vol. 23, № 3. – P. 196–204.

199. Personality disorders in patients with burning mouth syndrome / G. Maina, U. Albert, S. Gandolfo [et al.] // *Journal of Personality Disorders*. – 2005. – Vol. 19. – P. 84–93.

200. Personality traits in burning mouth syndrome patients with and without a history of depression / T. T. H. Tu, M. Watanabe, T. Suga [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12. – Art. 659245.

201. Petersen, E. N. Pre- and postsynaptic alpha-adrenoceptor antagonism by neuroleptics in vivo / E. N. Petersen // *European Journal of Pharmacology*. – 1981. – Vol. 69, № 4. – P. 399–405.

202. Pharmacological study of a new tranquilizing agent / V. Blenfet, S. Levis, J. Dauby, L. Beelen // *Acta Neurologica et Psychiatrica (Belgica)*. – 1961. – Vol. 61, № 2. – P. 456–467.

203. Pharmacological treatment of orofacial pain - health technology assessment including a systematic review with network meta-analysis / B. Häggman-Henrikson, P. Alstergren, T. Davidson [et al.] // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 2017. – Vol. 44, № 10. – P. 800–826.

204. Pilowsky, I. Aspects of abnormal illness behavior / I. Pilowsky // *Indian Journal of Psychiatry*. – 1993. – Vol. 35. – P. 145–150.

205. Pittelkow, M. R. Lichen planus / M. R. Pittelkow, M. S. Daoud // *Dermatology in General Medicine* / eds.: G. K. Wolff, L. Goldsmith, S. Katz [et al.]. – 7th ed. – New York: McGraw-Hill, 2008. – P. 244–255.

206. Popper, E. Der schizophrene Reaktionstypus / E. Popper // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. – 1920. – Bd. 62. – P. 194–207.

207. Portal, A. De la langue / A. Portal // *Cours d'anatomie médicale*. – Paris: Baudoin, 1803. – № 4. – P. 528–529.

208. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. A comparative study among patients with and without psychiatric disorders and controls / L. Rojo,

F. J. Silvestre, J. V. Bagan, T. De Vicente // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1994. – Vol. 78, № 3. – P. 312–316.

209. 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. – P. 699–705.

210. Psychiatric disorders in burning mouth syndrome / F. T. de Souza, A. L. Teixeira, T. M. Amaral [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2012. – Vol. 72, № 2. – P. 142–146.

211. Psychiatric disorders in orofacial dysaesthesia / G. Hampf, J. Vikkula, P. Ylipaavalniemi, V. Aalberg // International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 1987. – Vol. 16, № 4. – P. 402–407.

212. Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome / H. M. Van der Ploeg, N. Van der Waal, M. A. J. Eijkman, I. Van der Waal // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1987. – Vol. 63, № 6. – P. 664–668.

213. Psychological profiles in patients with symptomatic reticular forms of oral lichen planus: A prospective cohort study / D. Adamo, M. Cascone, A. Celentano [et al.] // Journal of Oral Pathology & Medicine. – 2017. – Vol. 46, № 9. – P. 810–816.

214. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: A review of the literature / L. A. Allen, J. I. Escobar, P. M. Lehrer [et al.] // Psychological Medicine. – 2002. – Vol. 64. – P. 939–950.

215. Rief, W. SOMS – Das Screening für Somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen / W. Rief, W. Hiller, J. Heuser. – Bern: Huber, 1997. – 88 p.

216. Risk factors in burning mouth syndrome: a case-control study based on patient records / F. O. G. Netto, I. M. A. Diniz, S. M. C. Grossmann [et al.] // Clinical Oral Investigations. – 2010. – Vol. 15, № 4. – P. 571–575.

217. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: a systematic review and meta-analysis / F. Galli, G. Lodi, A. Sardella, E. Vegni // Cephalalgia. – 2017. – Vol. 37, № 3. – P. 265–277.

218. Romanov, D. V. Skin picking disorder: Clinical variability and treatment approach / D. V. Romanov, A. Smulevich, A. Lvov // Acta Dermato-Venereologica. – 2016. – № S217. – P. 113–152.

219. Rothman, K. J. *Epidemiology: an Introduction* / K. J. Rothman. – Oxford: Oxford University Press, 2012. – 270 p.
220. Ryder, A. G. *SCID-II Personality Disorder Traits for DSM-V: Coherence, Discrimination, Relations With General Personality Traits, and Functional Impairment* / A. G. Ryder, P. T. Costa, R. M. Bagby // *Journal of Personality Disorders*. – 2007. – Vol. 21, № 6. – P. 626–637.
221. Sardella, A. *Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study* / A. Sardella // *Journal of Oral Pathology and Medicine*. – 2006. – Vol. 35. – P. 466–471.
222. *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy* / A. T. Beck, N. A. Rector, N. Stolar, P. Grant. – New York: Guilford Press, 2008. – 418 p.
223. Schwartz, H. *Circumscribed Hypochondrien* / H. Schwartz // *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*. – 1929. – Bd. 72. – P. 150–164.
224. Sheldon, W. H. *Body and temperament types* / W. H. Sheldon. – New York: Random House, 1940. – 104 p.
225. Shontz, F. C. *Body Image and its Disorders* / F. C. Shontz // *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. – 1974. – Vol. 5, № 4. – P. 461–472.
226. *Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner Recognition* / P. Fink, L. Sørensen, M. Eicon [et al.] // *Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 40, № 4. – P. 330–338.
227. *Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders* / M. W. De Waal, I. A. Arnold, J. A. Eekhof [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 184. – P. 470–476.
228. Spring, A. F. *Livre 4: Troubles de la sensibilité, Chapitre 7: Symptômes de la langue et du goût* / A. F. Spring // *Symptomatologie ou Traité des accidents morbides*. – Bruxelles: Manceaux, 1870. – № 2. – P. 192–194.
229. Starcevic, V. *Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges* / V. Starcevic // *British Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 202. – P. 7–8.
230. *Stigmatisation and body image impairment in dermatological patients: protocol for an observational multicentre study in 16 European countries* / F. J. Dalgard, A. Bewley, A. W. Evers [et al.] // *BMJ Open*. – 2018. – Vol. 8, № 12. – Art. e024877.

231. Süllwold, L. Schizophrene Basisstörungen. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie / L. Süllwold, G. Huber. – Berlin: Springer-Verlag, 2013. – Bd. 42. – 178 p.
232. Syphilitic nodules on the tongue / J. Dalmau, M. Alegre, M. A. Sambeat [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. – 2006. – Vol. 54, № 2S. – P. 59–60.
233. Taiminen, T. Exploring Pathophysiological Aspects of Orofacial Pain / T. Taiminen // Scandinavian Journal of Pain. – 2011. – Vol. 2, № 4. – P. 155–160
234. 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, № 2. – P. 67–71.
235. Tammiala-Salonen, T. Trazodone in burning mouth pain: A placebo-controlled, double-blind study / T. Tammiala-Salonen, H. Forssell // Journal of Orofacial Pain. – 1999. – Vol. 13, № 2. – P. 83–88.
236. Temperament and character profiles of patients with burning mouth syndrome / T. Tokura, H. Kimura, M. Ito [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2015. – Vol. 78, № 5. – P. 495–498.
237. Teruel, A. Burning mouth syndrome: a review of etiology, diagnosis, and management / A. Teruel, S. Patel // General Dentistry. – 2019. – Vol. 67, № 2. – P. 24–29.
238. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders / S. Browning, S. Hislop, C. Scully, P. Shirlaw // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1987. – Vol. 64, № 2. – P. 171–174.
239. The association between burning mouth syndrome and sleep disturbance: A case-control multicentre study / D. Adamo, A. Sardella, E. Varoni [et al.] // Oral Diseases. – 2018. – Vol. 24, № 4. – P. 638–649.
240. The association of openness personality trait with stress-related salivary biomarkers in burning mouth syndrome / F. de Souza, A. Kummer, M. L. Silva [et al.] // Neuroimmunomodulation. – 2015. – Vol. 22. – P. 250–255.
241. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain—a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders / A. M. Velly, J. O. Look, C. Carlson [et al.] // Pain. – 2011. – Vol. 152, № 10. – P. 2377–2383.

242. The effect of levosulpiride in burning mouth syndrome / F. Demarosi, M. Tarozzi, G. Lodi [et al.] // *Minerva Stomatologica*. – 2007. – Vol. 56, № 1–2. – P. 21–26.
243. The efficacy of daily prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for burning mouth syndrome (BMS): a randomized, controlled single-blind study / Y. Umezaki, B. W. Badran, W. H. DeVries [et al.] // *Brain Stimulation*. – 2015. – Vol. 8, № 5. – P. 929–934.
244. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain / J. Scholz, N. B. Finnerup, N. Attal [et al.] // *Pain*. – 2019. – Vol. 160, № 1. – P. 53–59.
245. The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life / F. T. Souza, T. P. Santos, V. F. Bernardes [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2011. – Vol. 9. – Art. 57.
246. The impact on quality of life in patients with burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis / J. V. Pereira, A. G. C. Normando, C. I. Rodrigues-Fernandes [et al.] // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. – 2021. – Vol. 131, № 2. – P. 186–194.
247. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research / D. J. Buysse, C. F. Reynolds, T. H. Monk [et al.] // *Psychiatry Research*. – 1989. – Vol. 28, № 2. – P. 193–213.
248. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care / N. Steinbrecher, S. Koerber, D. Frieser, W. Hiller // *Psychosomatics*. – 2011. – Vol. 52, № 3. – P. 263–271.
249. Thoppay, J. R. Burning mouth syndrome / J. R. Thoppay, S. S. De Rossi, K. N. Ciarrocca // *Dental Clinics of North America*. – 2013. – Vol. 57, № 3. – P. 497–512.
250. Tran, V. T. Histamine H1 receptors identified in mammalian brain membranes with (3H) mepyramine / V. T. Tran, R. S. Chang, S. H. Snyder // *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. – 1978. – Vol. 75, № 12. – P. 6290–6294.
251. Treatment of somatization disorder with nefazodone: a prospective, open-label study / M. Menza, M. Lauritano, L. Allen [et al.] // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2001. – Vol. 13, № 3. – P. 153–158.

252. Treatment of symptomatic benign migratory glossitis: a systematic review / W. G. de Campos, C. V. Esteves, L. G. Fernandes [et al.] // *Clinical Oral Investigations*. – 2018. – Vol. 22, № 7. – P. 2487–2493.

253. Treatments for Burning Mouth Syndrome: A Network Meta-analysis / R. Alvarenga-Brant, F. O. Costa, G. Mattos-Pereira [et al.] // *Journal of Dental Research*. – 2023. – Vol. 102, № 2. – P. 135–145.

254. Two cases of burning mouth syndrome treated with olanzapine / N. Ueda, Y. Kodama, H. Hori [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2008. – Vol. 62, № 3. – P. 359–361.

255. Tyrer, P. The case for cothymia: Mixed anxiety and depression as a single diagnosis / P. Tyrer // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 179. – P. 191–193.

256. 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, № 2. – P. 131–140.

257. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management / A. Scala, L. Checchi, M. Montevecchi [et al.] // *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. – 2003. – Vol. 14, № 4. – P. 275–291.

258. Van der Waal, I. The Burning Mouth Syndrome / I. Van der Waal. – Copenhagen: Munksgaard, 1990. – 120 p.

259. Venlafaxine versus mirtazapine in the treatment of undifferentiated somatoform disorder: a 12-week prospective, open- label, randomized, parallel-group trial / C. Han, C. U. Pae, B. H. Lee [et al.] // *Clinical Drug Investigation*. – 2008. – Vol. 28, № 4. – P. 251–261.

260. Verneuil, A. Extracts from Professor A. Verneuil during his lectures on September 27, 1836, at the Academy of Medicine of Paris / A. Verneuil // *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Paris*. – Paris, 1836. – №. 2. – P. 124–130.

261. Villa, A. Oral leukoplakia remains a challenging condition / A. Villa, S. Sonis // *Oral Diseases*. – 2018. – Vol. 24, № 1–2. – P. 179–183.

262. Wernicke, C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen / C. Wernicke. – Leipzig: Thieme, 1900. – 576 p.