Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2024, Т. 58, № 3, с. 86-93, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-938

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2024, T. 58, no 3, pp. 86-93, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-938

Клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении с реализацией патологических телесных сенсаций преимущественно в орофациальной области: проблемы дифференциального диагноза на ранних этапах

Кочерева Е.Д.[1], Дзиковицкая Л.С.[2], Козлова М.В.[1], Титова В.В.[1,3], Самушия М.А.[1]
[1]Центральная Государственная Медицинская Академия Управления делами Президента РФ, Москва, Россия
[2]Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина», Стоматологическая поликлиника, Москва, Россия
[3]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В статье приведен клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении, в рамках которой реализация нарушений телесной перцепции в течение длительного времени ограничивалась орофациальным пространством на фоне ортодонтической патологии. Прозопалгии представляют собой транснозологический синдром, характерный для гетерогенной группы расстройств, дифференциальная диагностика которых в силу особенностей иннервации лицевой области может быть затруднена и требует особого внимания для своевременного определения их нозологической принадлежности и адекватной терапии.

Интерес к клиническому случаю обусловлен длительно сохранявшимся сенестоалгическим синдромом, схожим по клинической картине с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, что осложнило проведение своевременной квалификации состояния пациентки и привело к экзацербации психического расстройства в отсутствии психофармакологической терапии. В статье приведен разбор места психической патологии в формировании и развитии орофациальных болей (как соматогенного характера, так и в контексте соматопсихических нарушений), подчеркивается необходимость комплексной оценки как стоматологического, так и психического статусов таких пациентов с целью формирования оптимальных подходов к лечению.

Ключевые слова*:* **п**сихические расстройства, прозопалгия, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, идиопатическая лицевая боль, эндогенное заболевание

Информация об авторах:
Кочерева Екатерина Денисовна* — e-mail: e.kochereva@gmail.com, https://orcid.org/0009-0000-7952-9369
Дзиковицкая Лариса Сергеевна — e-mail: larisa.dzikovitskaya@mail.ru, https://orcid.org/0000-0002-9899-6672
Козлова Марина Владленовна — e-mail: profkoz@mail.ru, https://orcid.org/0000-0002-3066-206X
Титова Влада Викторовна — e-mail: vivlan2001@mail.ru, https://orcid.org/0009-0003-2706-0804
Самушия Марина Антиповна — e-mai: sma-psychiatry@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-3681-9977

Как цитировать: Кочерева Е.Д., Дзиковицкая Л.С., Козлова М.В., Титова В.В., Самушия М.А. Клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении с реализацией патологических телесных сенсаций преимущественно в орофациальной области: проблемы дифференциального диагноза на ранних этапах. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2024; 58:3:86-93. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-938

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Автор, ответственный за переписку: Кочерева Екатерина Денисовна, e-mail: e.kochereva@gmail.com

Corresponding author: Ekaterina D. Kochereva, e-mail: e.kochereva@gmail.com

© Михайлов В.А., Ржеутская Н.А., Хяникяйнен И.В.

Clinical case of senesto-hypochondrical form of schizophrenia with implementation of pathological bodily sensations mainly in the orofacial area: problems of differential diagnosis at the early stages

Ekaterina D. Kochereva[1], Larisa S. Dzikovitskaya[2], Marina V. Kozlova[1], Vlada V. Titova.[1,3], Marina A. Samushiya[1]
[1]Central state medical academy of department of presidential affairs, Moscow, Russia
[2] Clinical Hospital «Russian Railways-Medicine», Dental clinic, Moscow, Russia
[3] Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

Research article

Summary. The article presents a clinical case of the senesto-hypochondriacal form of schizophrenia, the implementation of violations of bodily perception within which for a long time was limited to the orofacial space against the background of orthodontic pathology. Prosopalgia is a transnosological syndrome characteristic of a heterogeneous group of disorders, the differential diagnosis of which, due to the peculiarities of the innervation of the facial area, can be difficult and requires special attention for the timely determination of their nosological affiliation and the initiation of adequate therapy. Interest in the clinical case is due to long-lasting senestoalgic syndrome, similar in clinical picture to established pathology of the temporomandibular joint, which complicated the timely assessment of the patient's condition and led to exacerbation of the mental disorder in the absence of psychopharmacological therapy. The article provides an analysis of the place of mental pathology in the formation and development of orofacial pain, both of a somatogenic nature and in the context of somatopsychic disorders, emphasizing the need for a comprehensive assessment of both the dental and mental status of such patients in order to formulate optimal approaches to treatment.

Key words: mental disorders, prosopalgia, temporomandibular joint dysfunction, idiopathic facial pain, endogenous disease

Information about the authors:
Ekaterina D. Kochereva* — e-mail: e.kochereva@gmail.com, https://orcid.org/0009-0000-7952-9369
Larisa S. Dzikovitskaya — e-mail: larisa.dzikovitskaya@mail.ru, https://orcid.org/ 0000-0002-9899-6672
Marina V. Kozlova — e-mail: profkoz@mail.ru, https://orcid.org/ 0000-0002-3066-206X
Vlada V. Titova — e-mail: vivlan2001@mail.ru, https://orcid.org/0009-0003-2706-0804
Marina A. Samushiya — e-mai: sma-psychiatry@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-3681-9977

To cite this article: Kochereva ED, Dzikovitskaya LS, Kozlova MV, Titova VV, Samushiya MA. Clinical case of senesto-hypochondrical form of schizophrenia with implementation of pathological bodily sensations mainly in the orofacial area: problems of differential diagnosis at the early stages. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology.* 2024; 58:3:86-93. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-938 (In Russ.)

Conflict of interests: authors declare no conflict of interests.

Прозопалгия, или лицевая боль — один из ведущих симптомов в клинической практике врачей-стоматологов. Распространенность орофациальных болей в общей популяции составляет от 10 до 23% от населения, среди которых превалирующее число обращений за медицинской помощью приходится на врачей-стоматологов [12,13]. Однако в 25-76% случаев патологий стоматологического профиля не выявляется, или же разрешения болевого синдрома на фоне проводимого лечения не происходит [10]. Установление нозогенной принадлежности орофациального болевого синдрома осложняется морфологическими и функциональными особенностями иннервации лица и ротовой полости. Чувствительная иннервация лица обеспечивается в первую очередь тройничным нервом (V пара черепных нервов), отдающего три ветви: глазничную (V1), верхнечелюстную (V2) и нижнечелюстную (V3), ротовой полости — также блуждающим, языкоглоточным и лицевым нервами. Ноцицептивная чувствительность в лицевой области реализуется преимущественно Aδ-волокнами, окончания которых чувствительны к высокоинтенсивным механическим и иногда термическим раздражениям, однако в ряде анатомических образований иннервация осуществляется также C- (височно-нижнечелюстной сустав, жевательная мышца) и Aβ-волокнами (пульпа), окончания которых менее специфичны. Отсутствие четких границ и общность иннервации анатомических структур лицевой области зачастую приводят к затруднениям в дифференциальной диагностике.

В связи с высокими цифрами распространенности прозопалгий и сложностями в дифференциальной диагностике, многократно предпринимались попытки их систематизации по этиологическому принципу. На настоящий момент в международной классификации орофациальной боли выделяются следующие категории, выделенные на основании ведущего компонента в формировании болевого синдрома:

- Орофациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур

- Артралгия височно-нижнечелюстного сустава
- Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов
- Миофасциальная орофациальная боль

Обращает на себя внимание также выделенная категория «идиопатическая лицевая боль», или прозопалгия при отсутствии объективно установленной причины.

Патологии дентоальвеолярных структур — состояния, успешно разрешающиеся в ходе стоматологических вмешательств, диагностика которых не вызывает существенных затруднений; однако, в силу распространенности, превышающей 50% от обращений с жалобами на лицевые боли [11], эти состояния, при наличии у пациентов коморбидной патологии, осложняют своевременную верификацию нозогенной принадлежности имеющегося болевого синдрома.

Среди основных причин возникновения орофациальной боли, помимо патологии непосредственно дентоальвеолярных структур, можно выделить дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) как заболевание, в формировании которого играют роль как миофасциальный, так и артрогенный компоненты. Распространенность ДВНЧС достигает 26% среди населения, а клиническими проявлениями могут являться:

- боли в области ВНЧС, лица;
- напряжение, скованность, утомляемость жевательных мышц;
- головные боли, головокружения;
- парестезии слизистой оболочки полости рта и носа;
- чувство жжения языка, гортани;
- иррадиацию боли в область зубов верхней и нижней челюстей, уха, виска, лба, затылка, мышц шеи [3, 19].

В структуре ДВНЧС выделяют следующие этиологические формы: миогенную — вызванную гипертонусом жевательных мышц; артрогенную — при которой клиническая картина отражает нарушения в структуре сустава в результате травмы, остеоартроза ВНЧС и т.д.; а также смешанную — проявления которой обусловлены синергией миогенного и артрогенного компонентов.

Коморбидность ДВНЧС и психической патологии являлась темой многочисленных исследований, проводимых с конца XX века по настоящее время, в которых, несмотря на противоречивые результаты, полученные преимущественно на основании изолированно применявшихся психометрических методик, выявлялось статистически значимое повышение частоты встречаемости психопатологической симптоматики в сравнении с общей популяцией [8, 15, 20]. Однако, своевременное выявление психической патологии значительно осложняется в связи с полиморфизмом клинических проявлений ДВНЧС, особенно в случае артрогенного или смешанного подтипа, когда имеется субстрат формирования болевого синдрома, подтвержденный объективными методами обследования, такими как МРТ, КТ, РГ, а также методиками изучения окклюзионных контактов в полости рта. В большинстве исследований обнаруживалось значительное преобладание лиц гистрионного круга в группах пациентов с миогенной формой ДВНЧС, спазм жевательной мускулатуры у которых реализовывался в качестве конверсионной симптоматики, в последующем приводя к функциональным нарушениям жевательной системы в целом. Широкая известность упомянутых исследований среди врачей стоматологического профиля вкупе с низкой эффективностью физиотерапевтических процедур у категории пациентов без окклюзионных нарушений приводит к более высоким показателям обращаемости за психиатрической и психотерапевтической помощью [8, 16, 17].

Вместе с тем, в отсутствие эффекта от проводимого лечения, болевой синдром в орофациальной области имеет тенденцию к хронизации, значимо снижая качество жизни пациентов, приводя к формированию соматогенно провоцированных стрессогенных реакций, что находит отражение в высоких цифрах распространенности аффективных расстройств депрессивного круга у лиц, страдающих СБД ВНЧС — согласно исследованиям, до 40.7% пациентов соответствуют критериям клинически очерченного депрессивного эпизода при отсутствии установленного ранее диагноза аффективного расстройства [6].

Персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ), ранее называвшаяся «атипичной лицевой болью», определяющаяся, согласно международной классификации орофациальных болей, как продолжающаяся боль в лице, не имеющая характеристик краниальной невралгии и не связанная с другими причинами — сложно диагностируемое состояние, клинико-психопатологическая структура которого остается малоизученной, несмотря на многочисленные исследования, свидетельствующие о высокой распространенности в структуре ПИЛБ соматоформных расстройств (до 95%) [7, 9, 14, 23], аффективных расстройств депрессивного круга (до 66%) [1, 18], тревожных расстройств (у 16-90%) [4, 5].

Удельный вес сенестопатических проявлений как нарушений телесной перцепции, на начальных этапах развития способных мимикрировать под соматическую патологию, в рамках данной категории достоверно неизвестен; однако в единичных публикациях группы японских ученых описаны т.н. «оральные сенестопатии», распространенность которых составила 27% среди пациентов, направленных в психосоматическую стоматологическую клинику в связи с отсутствием установленной соматической патологии или отсутствием улучшения на фоне проводимого лечения, т.е. –соответствующих критериям «идиопатической орофациальной боли» [22]. В проведенных исследованиях обращает особенное внимание средняя продолжительность заболевания от момента первичного обращения за медицинской помощью до направления в психосоматическое отделение, составившая 3.2 года, а также высокий уровень объ-

ективно показанных стоматологических и ортодонтических вмешательств среди данной группы пациентов, составивший 29.9% и свидетельствующий о высокой коморбидности с патологиями дентоальвеолярных структур и височно-нижнечелюстного сустава. Это осложняет своевременную диагностику и, как следствие, раннее назначение адекватной фармакотерапии [21].

Приведенный клинический случай иллюстрирует затруднения в дифференциальной диагностике орофациальных сенестопатий при наличии коморбидной ортодонтической патологии в анамнезе.

Клинический случай:

Пациентка М., 31 год, не замужем, детей нет.

Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родилась на 38 неделе от вторых, нормально протекавших беременности и родов. Раннее развитие с особенностями: заговорила позже срока, до 6 лет сохранялась выраженная дислалия, разрешившаяся на фоне логопедической коррекции. С раннего детства и до 7 лет, на фоне конфликтов в семье, отмечались эпизоды психомоторного возбуждения с внутренним беспокойством, страхом, зрительными обманами восприятия: «везде мурашки, как фонариком светят в глаза», «узоры на коврах складывались в страшные лица». При смещении фокуса внимания — симптоматика резко нивелировалась, вне психогенно значимых ситуаций не обнаруживалась. Эпизоды прекратились после развода родителей. Формировалась активным, общительным ребенком, любила быть в центре внимания, легко адаптировалась в детских коллективах. С начальных классов обращала пристальное внимание на свою внешность, много времени проводила у зеркала, могла в течение нескольких часов делать укладку, подбирать макияж, гордилась своей внешностью, особенное внимание уделяла лицу как «главной своей гордости». Обучение интереса не вызывало, успеваемость в течение всего обучения в школе сохранялась средней, зачастую прибегала к помощи одноклассников, списывала, больше внимания уделяла общению. В дальнейшем поступила в Университет Искусств, где обучалась формально, начав концертную деятельность в составе музыкальной группы. С момента вступления в группу эпизодически употребляла ПАВ — марихуана, кокаин. Эпизоды наркотического опьянения проходили без особенностей. Несмотря на отсутствие интереса к учебе, высшее учебное заведение в 2015 году окончила, в дальнейшем работала в музыкальной сфере в составе различных групп, давала частные уроки по вокалу.

В 21 год (2013 г.) была установлена лингвальная брекет-система по показаниям, с целью коррекции прикуса, на фоне чего впервые отметила боли в области верхней и нижней челюстей, распространявшихся на лицевую область. В связи с жалобами, находилась под динамическим наблюдением в течение нескольких месяцев; проводимые физиотерапевтические процедуры, прием НПВС давали кратковременный положительный эффект. Для снижения выраженности болевых ощущений лечащим врачом было принято решение о проведении коррекции высоты прикуса, что дало эффект. Несмотря на снижение выраженности болевого синдрома, стала отмечать диспропорцию в чертах лица; заявляла, что челюсть «будто съехала вбок». Объективно лечащим врачом асимметрия была подтверждена, однако расценена как незначительная и представляющая естественный этап в ходе ортодонтического лечения.

Спустя несколько месяцев болевой синдром вновь актуализировался, изменившись по характеру: «как что-то тянуло, постоянное напряжение в челюсти, ноющая тупая боль, отдавала то в виски, то в уши», стала обращать пристальное внимание на строение лица, делала многочисленные фотографии для сравнения, отмечала различия со снимками до лечения, опасалась, что «останется такой навсегда».

В 2015 году брекет-система в связи с окончанием лечения была удалена, однако жалобы на изменение пропорций в лице и болевые ощущения сохранились, лечащим врачом был установлен диагноз синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава как следствие ортодонтического лечения; рентгенографическая диагностика с целью подтверждения на тот момент не проводилась. В последующем в течение 7 лет многократно обращалась к различным специалистам: стоматологам, физиотерапевтам, практикам нетрадиционной медицины, настаивая на необходимости проведения различных вмешательств с целью снижения болевых ощущений и «возвращения гармонии», но без эффекта от проводимого лечения. Сохраняла убежденность, что «челюсть не на месте, словно съехала вбок, правая половина лица выше левой», старалась не улыбаться, будучи уверенной, что улыбка усугубляет диспропорцию и та становится заметна окружающим, стала реже фотографироваться, на снимках скрывала половину лица волосами, поворотом головы, с целью скрыть дефект. Болевой синдром сохранялся на протяжении всего периода, отмечала усиление болевых ощущений на фоне психогенно значимых ситуаций.

По результатам проведенного МРТ ВНЧС от 2017 г.: артроз ВНЧС 1ст., было рекомендовано ношение кап для восстановления высоты прикуса и снижения нагрузки на сустав, оказавшееся неэффективным в отношении болевого синдрома. Многократно обследовалась повторно без установления сопутствующей основному диагнозу соматической патологии, проводимая физиотерапия давала краткосрочный эффект — ощущала «расслабление мышц лица», отмечала восстановление пропорциональности в лицевой области, снижение болевых ощущений на срок до недели, после чего обращалась повторно. Многочисленным обследованиям посвящала много времени, с 2018 года испытывала сложности на работе в связи с частыми пропусками репетиций, выступлений, в связи с чем

была вынуждена вначале отказаться от постоянного места в группе, а с 2020 года вынуждена была ее покинуть. Стала преподавать вокал частным ученикам, однако стабильного заработка достичь не удавалось, часто отменяла занятия, стала менее продуктивной, избегала нагрузку. Перестала обеспечивать себя самостоятельно. Несмотря на то, что ранее очень гордилась финансовой независимостью и возможностью помогать семье, их утрате значения не придавала. Мечтала начать сольную карьеру, писала тексты песен, однако последние не записывала, несмотря на предложения знакомых, опасаясь, что «тяжесть состояния не позволит развиваться и выступать».

В начале марта 2023 года использовала интраназальную технику самомассажа по совету одного из специалистов с целью «расслабления мышц» в течение нескольких часов. В ходе его проведения обратила внимание на пульсацию в носу, придаточных пазухах, глазах, «стрекотание над небом», интервально сопровождавшееся «хлопком оттуда же, как ремнем бьют, громко, на всю комнату» в течение всей манипуляции. Впоследствии ощутила расслабление, смогла заснуть. Спустя несколько дней, на фоне употребления марихуаны, ощутила «хлопок в горле», сопровождавшийся «слабостью глотательных мышц», явлениями астазии-абазии, «все было как ненастоящее», с «помехами» в зрительной картинке, «судорогами в мышцах». Окружающими состояние было расценено как эпилептический приступ, была приведена в безопасное положение, после чего ощутила «вибрацию во всем теле», слышала голоса в голове комментирующего содержания. Приступ сопровождался вычурными ощущениями в теле различной локализации, которые интерпретировала как «это кто-то во мне сидит и выходит», «кто-то в голове паникует», «трогаю затылок, а под пальцами мышцы как червяки расползаются возле мозга, поэтому такая картинка получилась». В течение следующей недели, преимущественно в ночное время, отмечала многочисленные телесные сенсации: «как будто что-то щекочет в животе, как узел в кишечнике какой-то развязался», «распирание в животе, ногах», «колики в кишечнике, влагалище», «вибрация в суставах», сопровождавшиеся обманами восприятия в виде неясных образов перед глазами в течение нескольких минут после пробуждения, тягостным тревожным аффектом. Все происходящее связывала с «расслаблением мышц», «открытием чакр». В последнюю ночь проснулась от звука «взрыва в животе», обратила внимание на «мурашки по чакрам», сердцебиение, отнесла симптоматику к последствиям «полного расслабления», после чего смогла заснуть, в дальнейшем подобного не наблюдала.

В течение последующих нескольких месяцев отмечала жалобы на «напряжение в мышцах лица», «чувство распирания в лице»; заявляла, что «череп хрустит, форма меняется», в связи с чем продолжила обследование, предполагая, что повредила блуждающий нерв интраназальными манипуляциями. Стала избегать и без того сниженной рабочей нагрузки, проводя единичные занятия по вокалу на дому, снизилась социальная активность — перестала общаться с друзьями, коллегами, уделять время молодому человеку. Неврологом с была направлена на консультацию к психиатру.

Психический статус: выглядит моложе своих лет, ухожена. Всесторонне ориентирована верно. Охотно вступает в беседу с врачом. Темп речи ускорен, пантомимика сглажена, голос ярко эмоционально модулирован. Многоречиво излагает вышеуказанные жалобы, фиксируясь на многочисленных подробностях, однако линию повествования удерживает с трудом, отвечает не всегда в плане заданного, отвлекаема. В ходе повествования стремится выставить себя в лучшем свете, избегает упоминания фактов употребления ПАВ, эпизодов эмоциональной несдержанности, обманов восприятия. Испытывает трудности в систематизации предоставляемой информации. На момент осмотра сообщает, что чувствует себя «прекрасно, сейчас все хорошо», затем, спустя несколько минут, озвучивает жалобу на возникновение болей распирающего характера в области лба, придаточных пазухах, мышцах головы, «словно мышцы как червяки расползаются», мимически выражая нестерпимость болезненных ощущений.

Мышление паралогично, суждения поверхностны. Приводит многочисленные противоречивые гипотезы возникновения болезненного состояния, связывая его с последствиями ортодонтического лечения, психоэмоциональным стрессом, чисткой печени, поражением блуждающего нерва, кишечника, «прохождением энергии через чакры», аргументируя свои утверждения тем, что «кишечник — это же и есть мозг, все от него», «блуждающий нерв контролирует каждый орган, потому такие симптомы». К логическим несоответствиям критика отсутствует. Ищет помощи, вместе с тем отрицает болезненное происхождение своего состояния, убеждена в соматической или эзотерической природе жалоб. Фон настроения с тревожным оттенком. Суицидальные мысли отрицает. Сон, аппетит — не нарушены.

Ans.morbi: Наличие сопутствующих заболеваний, вредные привычки, иные значимые состояния отрицает. Считает себя здоровой. Пациентка связывает появление жалоб с протезированием зубов несколько лет назад. С ее слов, протезирование началось в одной клинике и продолжилось в другой в связи с переездом в другой город. Сожалеет о ранее проведенном ортодонтическом лечении, так как на данный момент не видит необходимости в нем, отмечает «навязывание» врачом его плана лечения.

При внешнем осмотре отмечается незначительное снижение высоты нижнего отдела лица; пальпация жевательной, латеральной крыловидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцы слабо болезненны справа и слева.

При обследовании ВНЧС отмечаются щелчок справа, девиация нижней челюсти отсутствует. При осмотре полости рта: тотальное ортопе-

дическое протезирование зубов верхней и нижней челюсти полными коронками (жевательные зубы) и виниры с перекрытием режущих краев (фронтальная группа зубов), подвижность отсутствует. На КТ все зубы витальные, отсутствующих нет. Генерализованное воспаление, гиперемия маргинального края десны, кровоточивость при зондировании, пародонтальные карманы 1-3 мм. На МРТ: правый ВНЧ сустав -частичная медиальная дислокация суставного диска с репозицией, суставная головка в положении привычной окклюзии установлена правильно, левый ВНЧ сустав — частичная медиальная дислокация без репозиции, суставная головка расположена с передне-депрессионным смещением.

Данные МРТ ВНЧС от 15.12.2023: Артроз правого ВНЧС 1-2 ст. Частичная медиальная дислокация суставного диска с неполной репозицией. Артроз левого ВНЧС 0-1 ст., небольшой синовит. Частичная медиальная дислокация суставного диска без репозиции. Минимально выраженные МР-признаки функциональной перегрузки латеральных крыловидных мышц.

Консультация стоматолога от 25.12.2023. Пациентка М., 1993 г.р., обратилась в клинику ортопедической стоматологии в декабре 2023 года с жалобами на ноющие, тянущие боли в области жевательных мышц, мышц шеи, головные боли, ощущение «подвижности» костей черепа. Жалобы особенно усиливались в ночное время. Пациентке рекомендовано проведение пародонтологического лечения, а для снятия болезненности в области жевательных мышц — окклюзионная сплинт-терапия. От предложенного лечения пациентка отказалась, на прием не явилась.

На фоне приема назначенной психофармакотерапии (Olanzapini 0.05, Lamotrigini 0.25) симптоматика редуцировалась, сформировалась частичная критика к состоянию, социальная активность и трудоспособность повысились, однако остались несколько сниженными. Перестала стремиться к общению, находиться в центре внимания, отмечает сложности в установлении новых контактов, пациентка настроена на продолжение терапии.

Разбор. На момент первичного осмотра состояние пациентки определяется синдромом эссенциальных сенестопатий, а в более развернутой клинической форме- монотематическим несистематизированным ипохондрическим бредом, сформировавшимся на базе сенсопатических расстройств в пространстве сенесто-ипохондрической формы шизофрении у личности преморбидно гистрионного круга.

Обращает внимание преморбидная фиксация внимания пациентки непосредственно на фациальную область, ставшую впоследствии областью нарушения телесной перцепции, болевые ощущения в которой изначально имели под собой соматически обусловленную почву, однако с течением времени приобретали характер сенестоалгий, не соответствуя по своей тяжести инструментально подтвержденным нарушениям в височно-нижнечелюстном суставе. Динамика процесса на данном этапе во многом определяется преморбидно гистрионной структурой личности пациентки, находящей отражение в преувеличении тяжести объективно подтвержденных нарушений («челюсть словно съехала вбок») при наличии лишь незначительной диспропорции, с формированием впоследствии сверхценного ипохондрического симптомокомплекса.

Развитие психопатологической симптоматики в течение последующих 7 лет соответствует малопрогредиентному течению эндогенной патологии с преимущественным постепенным нарастанием негативной симптоматики, выражавшейся в усиливающейся аутизации, снижении энергетического потенциала, продуктивности, при относительно сохранной эмоциональной сфере с преобладанием поверхностных истерических эмоциональных реакций и отсутствием экзацербаций до 2023 года.

Развернутый психотический эпизод в марте 2023 года, разрешившийся без фармакологического вмешательства, ознаменовал трансформацию продуктивной психопатологической симптоматики с ее усугублением: стойкие, четко ограниченные орофациальным пространством, сенестоалгии утратили характерные им ранее черты, став диффузными, мигрирующими, сложно поддающимися вербализации тягостными ощущениями, соответствующими критериям эссенциальных сенестопатий. Одновременно с этим трансформация коснулась и негативной симптоматики, которая стала характеризоваться выраженным снижением трудовой и социальной адаптации.

Обсуждение

Дифференциальная диагностика сенестопатических проявлений в орофациальной области на ранних этапах развития малопрогредиентного эндогенного процесса сопряжена со значительными затруднениями, в первую очередь — за счет полиморфности клинических проявлений ортодонтической патологии, в частности, ДВНЧС (протекание которой на начальном этапе происходит схожим образом — наиболее частыми жалобами являются алгии, чувство напряжения в лицевой области, жевательных мышцах). Своевременная диагностика также осложняется высокой распространенностью внутрисуставных нарушений, подтверждаемых рентгенологически: наличие остеоартроза у лиц с ДВНЧС достигает 59%, а частота встречаемости в популяции, по данным ряда исследований, составляет до 30.1% [2, 15].

Таким образом, при наличии выявленных объективными методами исследования структурных нарушений ВНЧС, достоверно установить корреляцию между предъявляемыми пациентом жалобами и имеющейся соматической патологией на раннем этапе развития нарушений телесной перцепции, вне мультидисциплинарного подхода, не представляется возможным. В приведенном клиническом случае длительное время основные жалобы пациентки сохраняли «соматический фа-

сад», отвечая критериям ортодонтической патологии: первоначально — нарушениям окклюзионного характера, а впоследствии — артрозу ВНЧС. Вместе с тем, длительный период отсутствия ответа на проводимые лечебные мероприятия, постепенно нарастающая вычурность жалоб, несмотря на изначально соматически окрашенную симптоматику, свидетельствовали о необходимости привлечения врачей-психиатров для исключения психической патологии. Отсутствие своевременного клинико-психопатологического обследования пациентки, и, как следствие, раннего начала адекватной психофармакотерапии, привело к усугублению симптоматики — развернутому психотическому эпизоду, трансформации сенестопатических проявлений по типу сенестоалгий в эссенциальные сенестопатии, формированию негативной симптоматики.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует важность реализации мультимодального подхода в ведении пациентов с установленной ортодонтической патологией, длительно не отвечающих на проводимые лечебные стоматологические мероприятия, с целью раннего выявления психических расстройств, установления их вклада в структуру предъявляемых жалоб и своевременного назначения адекватной психофармакотерапии. Анализируя приведенный клинический случай, можно сделать предварительное заключение, что место психической патологии, в частности, эндогенного круга, в стоматологической практике, и ее влияние на течение и успешность терапии основного заболевания требует дальнейшего изучения с целью формирования оптимальных подходов лечения.

Литература / References

1. *Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия. Психиатрия и психофармакология. 2000;1:4-7.*
   Voznesenskaya TG, Vein AM. Chronic pain and depression. Psihiatriya i psihofarmakologiya. 2000;1:4-7. (In Russ.).
2. *Воловар О.С., Маланчук В.А., Топчий Д.В. Сравнительная характеристика диагностической информативности компьютерной томографии, рентгенографии и ортопантомографии при некоторых заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава. Российский стоматологический журнал. 2012;1:25-29.*
   Volovar OS, Malanchuk VA, Topchiy DV. Comparative characteristics of the diagnostic information content of computed tomography, radiography and orthopantomography for some diseases of the temporomandibular joint. Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2012;1:25-29. (In Russ.).
3. *Трезубов В.Н. и др. Лечение пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2021.*
   Trezubov V.N. i dr. Lechenie pacientov s rasstrojstvami visochno-nizhnechelyustnogo sustava i zhevatel'nyh myshc: klinicheskie rekomendacii. Moskva: GEOTAR-Media. 2021. (In Russ.).
4. *Asmundson GJ, Jacobson SJ, Allerdings MD, Norton GR. Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain. Behavior Research and Therapy. 1996;34:939-943*
5. *Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch. Intern. Med. 2003;163(20):2433-2445*
6. *Dıraçoğlu D et al. Temporomandibular dysfunction and risk factors for anxiety and depression. Journal of back and musculoskeletal rehabilitation. 2016;29(3):487-491.*
7. *Feinmann C. Idiopathic orofacial pain: a multidisciplinary problem. The contribution of psychiatry and medicine to diagnosis and management. Pain — An update review. ISAP press. 1996.*
8. *Gatchel RJ et al. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. The Journal of the American Dental Association. 1996;127(9):1365-1374*
9. *Hegarty AM, Zakrzewska JM. Differential diagnosis for orofacial pain, including sinusitis, TMD, trigeminal neuralgia. J Dental Update (Oral Medicine). 2011;38(6):396–406.*
10. *Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA et al. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. Clin. J. Pain. 2011;27(3):268–274.*
11. *Horst OV, Cunha-Cruz J, Zhou L, Manning W, Mancl L, DeRouen TA. Prevalence of pain in the orofacial regions in patients visiting general dentists in the Northwest Practice-based REsearch Collaborative in Evidence-based DENTistry research network. J Am Dent Assoc. 2015;146(10):721–8.e3. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2015.04.001.*
12. *John MT, LeResche L, Koepsell TD et al. Oral health-related quality of life in Germany. Eur J Oral Sci. 2003;111:483–491.*
13. *Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc. 1994;124:115-121*
14. *Madland G, Feinmann C. Chronic facial pain: a multidisciplinary problem. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;71:716-719.*
15. *Manfredini D et al. Psychosocial profiles of painful TMD patients. Journal of oral rehabilitation. 2009;36(3):193-198.*
16. *Meldolesi GN et al. Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome: A controlled investigation. Psychotherapy and psychosomatics. 2000;69(6):322-328.*
17. *Nifosi F et al. Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial*

and temporomandibular joint pain: preliminary data. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2007;37(3):283-300.

18. *Rees RT, Harris M. Atypical odontalgia. British Journal of Oral Surgery. 1979;16(3):212-218*
19. *Slade GD, Ohrbach R et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA studies. J Dent Res. 2016;95(10):1084-1092*
20. *Sundsvold MØ, Vaglum P, Østberg B. Movements, lumbar and temporomandibular pain and psychopathology. Psychotherapy and Psychosomatics. 1981;35(1):1-8.*
21. *Umezaki Y et al. Clinical characteristics and course of oral somatic delusions: a retrospective chart review of 606 cases in 5 years. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2018;14:2057-2065.*
22. *Umezaki Y et al. Oral cenesthopathy. BioPsychoSocial Medicine. 2016;10:1*
23. *Woda A, Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. J. Orofac. Pain. 1999;13:172-195*

Сведения об авторах

Кочерева Екатерина Денисовна — аспирантка кафедры психиатрии и наркологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ, 121359, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Кунцево, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1А. E-mail: e.kochereva@gmail.com

Дзиковицкая Лариса Сергеевна — к.м.н., врач стоматолог-ортопед ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина» Стоматологическая поликлиника, 127015, г.Москва, ул. Бутырская 6, корпус 3. E-mail: larisa.dzikovitskaya@mail.ru

Козлова Марина Владленовна — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ. E-mail: profkoz@mail.ru

Титова Влада Викторовна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ, , доцент кафедры психосоматики и психотерапии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ, 194044, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., 2П. E-mail: vivlan2001@mail.ru

Самушия Марина Антиповна — проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ, научный руководитель психиатрической службы ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, 121359, г. Москва, улица Маршала Тимошенко, 15. E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Поступила 04.03.2024
Received 04.03.2024
Принята в печать 25.07.2024
Accepted 25.07.2024
Дата публикации 27.09.2024
Date of publication 27.09.2024