

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ CASE REPORTS

DOI: 10.29413/ABS.2019-4.5.21

### Анализ клинического случая соматоформного болевого расстройства позднего возраста с алгиями челюстно-лицевой области как пример необоснованности стоматологических вмешательств

Шестакова Р.А., Воронина Е.О., Гончарова С.А., Антропова Е.А.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2)

Автор, ответственный за переписку: Раиса Андреевна Шестакова, e-mail: Raya-predsdatel@mail.ru

#### Резюме

В статье описан клинический случай соматоформного болевого расстройства на примере пациентки 58 лет с алгическими проявлениями в челюстно-лицевой области. Пациентка обращалась к врачам различных специальностей, проходила многочисленные медицинские обследования, не выявляющие значительных отклонений, подвергалась необоснованным медицинским манипуляциям, среди которых экстирпация нескольких зубов и удаление ранее установленных металлокерамических конструкций. В исследованиях последних лет отмечено, что с увеличением возраста у пациентов отмечается динамика смещения болевых ощущений в область полости рта, а также изменения в характере ипохондрических переживаний с ростом доли сверхценных образований, что делает описанное состояние труднодиагностируемым расстройством, представляющим собой медико-социальную проблему в отношении ранней диагностики и лечения. С каждым годом в связи с увеличением продолжительности жизни, а также с повышением доступности и разнообразия стоматологических вмешательств проблема диагностики соматоформных болевых расстройств челюстно-лицевой области в старших возрастных группах становится всё более актуальной. Клинический пример иллюстрирует накопленный практический опыт по лечению соматоформных состояний у возрастных пациентов сочетанием антидепрессантов с небольшими дозами антипсихотических препаратов, но оставляет значительные вопросы в отношении этиопатогенеза развившегося состояния, которое было расценено как ноцицептивная, невропатическая, а затем как психогенная боль. Поздняя диагностика состояния в конкретном клиническом примере обосновывает необходимость мультидисциплинарного подхода ведения данных пациентов для выработки критериев, возможных к применению в амбулаторной практике, а также оптимизации диагностических механизмов и фармакотерапевтического воздействия на ранних этапах выявленных расстройств.

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, алгии, поздний возраст

**Для цитирования:** Шестакова Р.А., Воронина Е.О., Гончарова С.А., Антропова Е.А. Анализ клинического случая соматоформного болевого расстройства позднего возраста с алгиями челюстно-лицевой области как пример необоснованности стоматологических вмешательств. *Acta biomedica scientifica*. 2019; 4(5): 135-138. doi: 10.29413/ABS.2019-4.5.21

### Clinical Analysis of Late Age Somatoform Algic Disorder Case Following with Pain in Maxillofacial Area: Example of Dental Treatment Groundlessness

Shestakova R.A., Voronina E.O., Goncharova S.A., Antropova E.A.

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (Trubetskaya str. 8, building 2, Moscow 119991, Russian Federation)

Corresponding author: Raisa A. Shestakova, e-mail: Raya-predsdatel@mail.ru

#### Abstract

Case of somatoform algic disorder with pain in maxillofacial region is described on a 58 years old patient. The patient have been observed by different specialists and underwent numerous medical examinations which led as a result to groundless medical manipulations such as several teeth extirpation, removal of previously mounted metallo-ceramic constructions.

Latest observations show that there is a link between age and pain localization rate at mouth area as well as changes in hypochondriac experience to the increase of supervaluable generations. Thus condition described becomes a disorder which is hard to diagnose and a social problem concerning early diagnostics and treatment. With time and increase of life expectancy as well as increase of assortment and affordability of dental procedures problem of somatoform algic disorder diagnostics in late age becomes more urgent. Clinical case illustrates accumulated practical experience of late age somatoform disorders treatment by combinations of antidepressants and small doses of antipsychotics. Etiopathogenesis of this condition assessed as nociceptive, neuropathologic and then as psychogenic pain is still

*to be investigated. Late diagnostics in this case points to a necessity of multidisciplinary approach to such patients' treatment in order to develop criteria to apply in practice for diagnostic mechanisms optimization and pharmacologic effect on early disorder stages.*

**Key words:** *somatoform disorders, algia, late age*

**For citation:** Shestakova R.A., Voronina E.O., Goncharova S.A., Antropova E.A. Clinical Analysis of Late Age Somatoform Algic Disorder Case Following with Pain in Maxillofacial Area: Example of Dental Treatment Groundlessness. *Acta biomedica scientifica*. 2019; 4(5): 135-138. doi: 10.29413/ABS.2019-4.5.21

Диагностика состояний, проявляющихся алгиями, локализованными в челюстно-лицевой области является важной медико-социальной проблемой. Распространённость идиопатических лицевых болей, по данным литературы, достаточно велика – 20–26 % [1, 2, 3]. Данные пациенты обращаются к врачам самых различных специальностей – неврологам, стоматологам, оториноларингологам, проходят многочисленные необоснованные медицинские обследования и стоматологические манипуляции. В крупном эпидемиологическом исследовании, включавшем 34242 пациента из различных стоматологических центров Германии, было показано, что подобные болевые расстройства, не имеющие в патогенезе значимой соматической причины, встречаются в 5,2 % случаев при обращении за стоматологической помощью [4]. Особую трудность в диагностике данного состояния представляют пациенты старшей возрастной группы, т. к. данный возраст совпадает с возрастными изменениями микроэлементного состава зуба, протезированием зубов и установкой других вспомогательных стоматологических конструкций. Неправильная диагностика влечёт за собой неоправданные оперативные вмешательства, среди которых экстирпация одного или нескольких зубов, снятие зубных коронок, удаление ранее использованных стоматологических материалов, ортодонтическое лечение, прежде чем будет поставлен правильный диагноз.

Учитывая постепенное увеличение продолжительности жизни (согласно отчёту Организации Объединённых Наций, ожидается, что число пожилых людей возрастёт более чем в два раза к 2050 году – с 962 млн до 2,1 млрд и в три раза – к 2100 году) [5], а также увеличение доступности и разнообразия стоматологических манипуляций, проблема алгий челюстно-лицевой области становится все более актуальной.

В клинике психиатрии им. С.С. Корсакова было проведено исследование группы женщин старше 50 лет с ипохондрическими расстройствами. Неоднократно клиническая картина состояния проявлялась болевыми симптомами в челюстно-лицевой области и характеризовалась изолированными или сочетанными алгиями.

Приведём клиническую историю болезни пациентки, которая иллюстрирует данное состояние и демонстрирует диагностическую значимость проблемы.

**Пациентка К.**, 58 лет, пол женский, впервые обратилась в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова. Предъявляет жалобы на постоянное «жжение» и «покалывание» в зубах, кончике языка, «как будто окунает его в кипяток». Ощущения периодически усиливаются до степени «жжения от жгучего перца», а также распространяются на глотку, пищевод, провоцируя позывы на рвоту. Сопутствующие жалобы на тревогу в утренние часы при пробуждении, эмоциональную нестабильность, которые сама пациентка связывает с длительным течением основного состояния.

**История жизни пациентки.** Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Мать умерла в возрасте 72 лет от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), по профессии была медсестрой, по характеру тихой, спокойной, уравновешенной. Отец умер в 76 лет, также от ОНМК, по профессии был шофёром, по характеру пациентка характеризует отца эмоциональным, взрывным, но «быстро отходчивым». Пациентка – средняя из троих детей, родилась от второй беременности, в срок, роды самопроизвольные. Имеет старшую сестру (старше на 10 лет) и младшего брата (младше на 10 лет). Раннее развитие – без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, эпидемический паротит. По характеру росла очень открытой, общительной, весёлой, была склонна к ярким эмоциональным реакциям – «от души смеялась», «плакала, когда расстраивалась». Детские дошкольные учреждения посещала, легко адаптировалась в детском коллективе. Всегда была уверенной в себе, целеустремлённой. В школу пошла с 7 лет. Окончила 10 классов с хорошей успеваемостью, уделяла много внимания общественной жизни, спорту. После школы продолжила обучение в университете, получив специальность агронома. По профессии никогда не работала. На протяжении всей жизни трудилась бухгалтером в компании мужа, ушла с работы в 2017 году по собственному желанию (в связи с частыми обследованиями по причине вышеперечисленных жалоб). Замужем с 24 лет, муж старше на 1 год, отношения в семье тёплые, дружеские. В браке родила единственного сына (32 года), проживает отдельно, со своей собственной семьёй.

**Гинекологический анамнез.** Менструации с 16 лет, регулярные, безболезненные, цикл сохраняется до настоящего времени. Около 7 лет назад у больной стали возникать сильные приливы жара и потливости, ухудшилось общее самочувствие, после обращения к гинекологу был рекомендован постоянный приём препарата «Фемостон», на фоне приёма которого состояние нормализовалось.

Вредные привычки отрицает, при приёме малых доз алкоголя отмечает, что ощущение жжения в полости рта усиливается. Травм не было. Аллергоанамнез не отягощён. Операции: аппендэктомия в 16 лет

**История развития настоящего заболевания.** Считает себя больной около 4 лет, когда в 2014 году без видимых причин появилась повышенная чувствительность зубной эмали, отмечала невозможность приёма горячей и холодной пищи, поскольку это вызывало сильную боль. Пациентка была сильно озадачена данным обстоятельством, поскольку многие из зубов были денервированы под установку металлокерамических конструкций и не могли вызывать болевых ощущений. Через некоторое время после еды у пациентки стало возникать ощущение болезненности и жжения в кончике языка и дёснах. В зависимости от вида пищи ощущения

могли усиливаться. Пациентка отмечала, что 3–4 раза в месяц жжение становилось практически непереносимыми, будто «наелась перца чили». Данные ощущения распространялись на область глотки, пищевода, могли вызывать рвотные позывы. Также пациентка отметила, что жжение вызывало посещение бани и перемена температуры в помещении. Со временем пациентка отметила появление во рту металлического привкуса. Прошла полное обследование в отделениях гастроэнтерологии, неврологии, но патологии выявлено не было. В дальнейшем обратилась к стоматологу-ортодонт, который после осмотра высказал заключение о том, что у пациентки развилась аллергическая реакция на металлокерамические мосты, установленные в ротовой полости. После удаления металлокерамических конструкций патологические ощущения не уменьшились. При повторном обращении к стоматологу пациентке было рекомендовано удаление 4 верхних моляров, ранее подготовленных под установку мостов, поскольку было предположено, что причиной ощущений служат сформировавшиеся участки воспаления. Удаление зубов также не возымело положительного эффекта, и у больной продолжали возникать болезненные ощущения в полости рта. Пациентка отмечала, что они развиваются вскоре после пробуждения и приёма первых глотков воды, сохраняются на протяжении всего дня и стихают лишь ко времени отхода ко сну. В ночные часы появления этих ощущений пациентка не отмечала.

За период 24 месяцев до госпитализации пациентка прошла неоднократные полные обследования в районном центре, амбулаторно обращалась к следующим специалистам: гастроэнтеролог – 7 обращений, 3 проведённых фиброгастроудоденоскопии, находилась на лечении в гастроэнтерологическом отделении с предположительным диагнозом «парестезия слизистой оболочки полости рта на фоне рефлюкс-эзофагита и синдрома сниженного прикуса», который впоследствии также не подтвердился, из заключения – поверхностный гастрит; оториноларинголог – 3 обращения, заключение – без патологии (проведён соскоб с языка: заключение – незначительное количество грибов); аллерголог-стоматолог – патологии не выявлено; невролог – 4 обращения. Заключение невролога: высшие мозговые функции сохранены. Поля зрения (ориентировочно) в норме, зрачки D = S, фотореакции сохранены, конвергенция в норме, глазные щели D = S. Движения глазных яблок в полном объёме, диплопии, нистагм в крайних отведениях. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Надбровные рефлексы D = S, мимические мышцы без асимметрии. Симптомы орального автоматизма отрицательные. Слух не нарушен. Фокация, глотание не нарушены, нёбный и глоточный рефлексы живые, язык по средней линии. Мышечных атрофий, гипотрофий нет, мышечный тонус в конечностях не изменён. Ульнарный дефект по Вендеровичу справа. Глубокие рефлексы живые, с верхних конечностей не изменены. Ульнарный дефект по Вендеровичу справа. Глубокие рефлексы живые, с верхних конечностей D = S, коленные D = S, ахилловы D = S. Нарушений чувствительности нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга неустойчива с тенденцией к падению назад и вправо. Менингеальные симптомы отрицательные. Симптомы натяжения отрицательные. Пальпация

остистых отростков безболезненна в шейном и грудном отделах позвоночника. Выполнено МРТ позвоночника, по заключению которого МР-картина межпозвоночного остеохондроза, спондилеза и начальных проявлений спондилоартроза пояснично-крестцового отдела позвоночника. Дорзальные протрузии межпозвоночных дисков L3–L4, L4–L5.

При поступлении в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова общее состояние удовлетворительное. Нормостенический тип телосложения. Рост – 1 м 67 см, вес 69 кг; температура тела – 36,6 °С; пульс – 85 уд./мин., ритмичный; АД – 120/80 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Тургор, эластичность кожи сохранены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена по всему телу. Лимфатические узлы не увеличены. Система органов дыхания, пищеварительная система, мочеполовая система и эндокринная система – без особенностей.

*Особенности психического статуса:* во время беседы с врачом несколько фиксирована на болезненных переживаниях. Тяготеет болями в челюстно-лицевой области, рассказывает о собственных ощущениях, говорит, что «вконец от них измучилась», сожалеет о напрасно проведённых стоматологических вмешательствах, из-за которых теперь испытывает значительные неудобства во время приёма пищи. Эмоционально несколько лабильна, на глазах выступают слезы, когда начинает подробно рассказывать обо всех «перипетиях» у врачей и безрезультатности проведённых обследований и вмешательств.

*При поступлении в стационар:* общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – в пределах нормы. Электрокардиограмма: ритм правильный, синусовый, ЧСС 66/мин, ЭОС: горизонтальное положение, умеренно выраженные изменения миокарда.

Во время пребывания в стационаре принимала терапию по схеме: Перфеназин 5 мг утром и вечером, Амитриптилин 6,25 мг × 4 раза/день.

На 10-й день пребывания в стационаре состояние значительно улучшилось. Пациентка отметила уменьшение интенсивности и длительности болевых ощущений в челюстно-лицевой области, которые изменили характер с практически постоянных до эпизодических. К 21-му дню терапии отметила полное исчезновение болевых ощущений, с исчезновением которых редуцировалась тревога и аффективная лабильность.

На контрольном приёме через 3 и 6 месяцев отрицательной динамики в виде возвращения болевых ощущений не отмечала.

Данный клинический случай иллюстрирует накопленный практический опыт по лечению соматоформных состояний у возрастных пациентов сочетанием антидепрессантов с небольшими дозами антипсихотических препаратов. Несмотря на значительное улучшение состояния пациентки в достаточно короткий период времени, данный клинический случай оставляет значительные вопросы в отношении этиопатогенеза состояния.

В дебюте заболевания алгические проявления были рассмотрены амбулаторными специалистами как ноцицептивная боль, что привело к неоправданным медицинским вмешательствам – удалению четырёх верхних моляров и всех ранее установленных металло-

керамических конструкций. Помимо этого, несвоевременное выявление первопричины состояния привело к многочисленным диагностическим манипуляциям, финансовым затратам со стороны пациентки, элементам социальной дезадаптации в виде потери работы. Интерес данного случая заключается в возможном сочетании психогенных проявлений и невропатических болей. В литературе встречаются данные о сочетании глоссадинии с заболеваниями аффективного и тревожного спектра, утяжеляющем взаимное течение расстройств или протекающих параллельно друг другу [6]. Получены данные о врожденной дисфункции периферических и центральных отделов тригеминальной системы, обусловленной каналопатией, вызванной мутацией гена SCN9A, кодирующего потенциалзависимые натриевые каналы у данной группы пациентов [7], а также установлена связь с другими болевыми синдромами, затрагивающими слизистые оболочки, однако эпигенетические механизмы, определяющие локализацию болевого синдрома, пока не установлены. Состояние, описанное в данном клиническом примере, должно явиться предметом дальнейшего мультидисциплинарного изучения психиатров, стоматологов, неврологов, физиологов и генетиков для выработки диагностических механизмов и оптимизации фармакотерапевтического воздействия.

**ЛИТЕРАТУРА  
REFERENCES**

1. Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, de Mos M, Martin CG, Sturkenboom MC. Incidence of facial pain in the general population. *Pain*. 2009; 147(1-2-3): 122-127. doi: 10.1016/j.pain.2009.08.023
2. Wong MC, McMillan AS, Zheng J, Lam CL. The consequences of orofacial pain symptoms: a population-based study in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36(5): 417-424. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00422.x
3. Nóbrega JC, Siqueira SR, Siqueira JT, Teixeira MJ. Differential diagnosis in atypical facial pain: a clinical study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007; 65(2A): 256-261. doi: 10.1590/s0004-282x2007000200013
4. Wirz S, Ellerkmann RK, Buecheler M, Putensen C, Nadstawaek J, Wartenberg HC. Management of chronic orofacial pain: a survey of general dentists in German university hospitals. *Pain Med*. 2010; 11(3): 416-424. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00805.x
5. United Nations. *World Population Prospects. The 2017 Revision*. URL: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>.
6. Abetz LM, Savage NW. Burning mouth syndrome and psychological disorders. *Aust Dent J*. 2009; 54(2): 84-93. doi: 10.1111/j.1834-7819.2009.01099.x
7. Fertleman CR, Baker MD, Parker KA, Moffatt S, Elmslie FV, Abrahamsen B, et al. SCN9A Mutations in paroxysmal extreme pain disorder: allelic variants underlie distinct channel defects and phenotypes. *Neuron*. 2006; 52(5), 767-774. doi: 10.1016/j.neuron.2006.10.006

**Сведения об авторах**

**Шестакова Раиса Андреевна** – аспирант кафедры психиатрии и наркологии, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), e-mail: [raya-predsdatel@mail.ru](mailto:raya-predsdatel@mail.ru), <http://orcid.org/0000-0002-5485-0997>

**Воронина Екатерина Олеговна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), e-mail: [ekaterinadolores@gmail.com](mailto:ekaterinadolores@gmail.com), <http://orcid.org/0000-0001-5751-0579>

**Гончарова Светлана Анатольевна** – заведующая общепсихиатрическим отделением № 2 Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), e-mail: [s.a.goncharova2@mail.ru](mailto:s.a.goncharova2@mail.ru)

**Антропова Екатерина Андреевна** – врач-психиатр общепсихиатрического отделения № 2 Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), e-mail: [Pchelochka@bk.ru](mailto:Pchelochka@bk.ru), <https://orcid.org/0000-0001-9828-1514>

**Information about the author**

**Raisa A. Shestakova** – Postgraduate at the Department of Psychiatry and Narcology, Sechenov First Moscow State Medical University, e-mail: [raya-predsdatel@mail.ru](mailto:raya-predsdatel@mail.ru), <http://orcid.org/0000-0002-5485-0997>

**Ekaterina O. Voronina** – Cand. Sc. (Med.), Teaching Assistant at the Department of Psychiatry and Narcology, Sechenov First Moscow State Medical University, e-mail: [ekaterinadolores@gmail.com](mailto:ekaterinadolores@gmail.com), <http://orcid.org/0000-0001-5751-0579>

**Svetlana A. Goncharova** – Head of the Psychiatric Department N 2 of Korsakov Psychiatric Hospital, Sechenov First Moscow State Medical University, e-mail: [s.a.goncharova2@mail.ru](mailto:s.a.goncharova2@mail.ru)

**Ekaterina A. Antropova** – Psychiatrist at the Psychiatric Department N 2 of Korsakov Psychiatric Hospital, Sechenov First Moscow State Medical University, e-mail: [Pchelochka@bk.ru](mailto:Pchelochka@bk.ru), <https://orcid.org/0000-0001-9828-1514>

Статья получена: 07.07.2019. Статья принята: 09.09.2019. Статья опубликована: 26.10.2019.

Received: 07.07.2019. Accepted: 09.09.2019. Published: 26.10.2019.