

**ХУБАЕВ
САИД-СЕЛИМ ЗАЙНДИНОВИЧ**

**ГЛОССОДИНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ**

14.01.11 – нервные болезни
14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Москва – 2014

рубрике «Болезни полости рта» (К 14.6). Вместе с тем, при оказании медицинской помощи пациентам с этим сложным диагнозом, задействованы в большинстве случаев, не только стоматологи, но и врачи иных специальностей, чаще всего – неврологи. Так же, глоссодинию нельзя отнести и к редко встречающимся заболеваниям: данные статистики свидетельствуют, что жалобы на персистирующую орофациальную боль, не сопровождающуюся морфологическими изменениями слизистой оболочки полости рта и языка, имеют место у 1,5 – 5 % взрослого населения. Однако в отдельных научных источниках представлены более настораживающие статистические показатели: типичные для ГД симптомы могут быть выявлены у 75% пациентов, обратившихся за стоматологической помощью (Булычёва Е.А., 2006; Гришков М.С., 2010; Яворская Е.С., 2007)

За последние годы проведены и опубликованы результаты многочисленных исследований, посвященных уточнению этиологических факторов и патофизиологических механизмов ГД (Абдулазимов М.С., 2014; Арутюнов В.А., 2009; Гаврилюк А.Б., 2011; Гандылян К.С., 2011; Золотарёв А.С., 2011; Пузин М.Н. и соавт., 2001 – 2012; Скуридина Е.Н., 2009; Скуридин П.И., 2010; Хасанов М.М., 2009; Штамм А.М., 2007). В результате этого в настоящее время главенствуют две основные теории возникновения заболевания.

Согласно одной из них, наибольшее значение придаётся местным факторам: механической травматизации мягких тканей, либо наличию остаточных проявлений воспалительных процессов в слизистой полости рта. Данных взглядов на этиологию заболевания придерживаются, как правило, специалисты в области стоматологии.

Результаты иных исследований, представленных чаще специалистами-неврологами, свидетельствуют о ведущей роли в патогенезе заболевания вегетативной нервной системы. Так, ряд авторов считают характерным для данной патологии угнетение симпатико-адреналовой системы, другие –

приводят данные, свидетельствующие о повышении тонуса симпатического отдела нервной системы, реже парасимпатического или обоих отделов. Однако представленные суждения о прямом участии ВНС в механизмах возникновения ГД достаточно противоречивы и не всегда находят убедительное подтверждение, как и предполагаемое рядом исследователей, опосредованное участие в формировании заболевания сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, гормональных нарушений периода климакса, перенесенных тяжелых соматических, либо инфекционных заболеваний.

В зависимости от принятых представлений о превалировании значимости, либо доказанной роли какого-либо вновь выявленного этиологического фактора, применяются соответствующие схемы лечения. Вместе с тем, конечные результаты лечения далеко не во всех случаях можно оценить, как удовлетворительные – показатели эффективности терапии ГД остаются невысокими.

Наряду с этим, в последние годы в научных работах всё чаще встречается мнение о важности участия в формировании глоссодинии психогенной составляющей. При этом, аргументированная многими авторами тесная связь ГД с различной органической патологией внутренних органов, допускает возможность рассматривать ГД, как особый вариант органического невроза – соматоформного расстройства, стойко персистирующих в рамках топической проекции органа, либо системы (Akiskal H.S. et al., 2010; Maser J.D., Cloninger C.R., 2012). В связи с чем, правомерно возникает вопрос об альтернативности единства либо гетерогенности глоссодинии и органического невроза. Однако по данному вопросу у исследователей не имеется окончательного общепринятого мнения (Maina G. et al., 2005; Zakrzewska J.M. et al., 2003).

Таким образом, становится очевидным, что, несмотря на большое число исследований, приводимые в литературе данные, не позволяют решить

основную проблему ГД – установление нозологической принадлежности данной патологии к конкретному классу заболеваний, что, в свою очередь, последовательно определяет целый ряд важных клинических аспектов изучения ГД: раннее выявление и диагностику клинических вариантов, прогнозирование динамики и возможных исходов заболевания, оптимизация лечебных и лечебно-профилактических мероприятий.

Поэтому предлагаемый междисциплинарный подход к изучению глоссодинии, предполагающий иные возможные механизмы формирования заболевания, учитывающий все сложные патогенетические соотношения, включающие наряду с психогенными факторами соматическую патологию, представляется актуальным и наиболее перспективным, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования, определило его цель и задачи.

Цель исследования.

Комплексное клиническое изучение глоссодинии, как самостоятельной нозологической формы психосоматических расстройств, включающее интегративный клинический анализ (оценка стоматологического, неврологического, соматического и патопсихологического статуса), оптимизацию методов терапии и определение основных направлений организации медицинской помощи для данной категории пациентов.

Для достижения поставленной цели представлялось необходимым решить ряд взаимосвязанных задач.

Задачи исследования.

1. Установление нозологической самостоятельности глоссодинии, определение принадлежности данной патологии к конкретному классу заболеваний.
2. Уточнение психосоматических соотношений при глоссодинии с оценкой факторов, влияющих на формирование патологии.

3. Изучение клинико-синдромальных особенностей глоссодинии с анализом условий возникновения в рамках соматоформного расстройства.
4. Дифференциация глоссодинии от иных, схожих по симптомам расстройств.
5. Разработка комплексных лечебных программ для пациентов с глоссодинией, предусматривающих клиническую гетерогенность изучаемой патологии.
6. Определение основных направлений в организации медицинской помощи пациентам с глоссодинией – как особой самостоятельной нозологической формы психосоматических расстройств.

Научная новизна.

Впервые на репрезентативном клиническом материале было проведено целенаправленное, сравнительное клинико-психопатологическое изучение глоссодинии, учитывающее структуру коморбидности функциональных расстройств с неврологической и соматической патологией.

Выдвинута концепция клинической гетерогенности глоссодинии, предусматривающая различную степень вовлеченности патопсихологических нарушений, неврологической и соматической патологии в формирование заболевания.

Представлены основные принципы терапии глоссодинии и разработаны схемы лечения, дифференцированные в соответствии с особенностями клинических проявлений.

Предложены новые подходы к организации лечебной помощи при глоссодинии.

Практическая значимость работы.

В результате исследования выделены и описаны симптоматологические признаки, определяющие нозологическую самостоятельность глоссодинии, выявлены закономерности формирования

глоссодинии, определена структура психосоматических соотношений (спектр коморбидной соматической патологии и неврологической, патопсихологических расстройств), позволяющие дифференцировать глоссодинию от иных, схожих по симптомам расстройств, что необходимо для решения сложных диагностических проблем, возникающих при клинической квалификации заболевания.

Предложенный в работе новый подход к лечению глоссодинии, включающий индивидуальные схемы комбинированного применения психотропных препаратов и базисную терапию сопутствующих соматических проявлений, а также мероприятия по оптимизации организации медицинской помощи способствуют повышению качества оказания медицинской помощи пациентам с ГД.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Выявленная структура психосоматических соотношений позволяет клинически классифицировать глоссодинию, как самостоятельную нозологическую форму из категории психопатологических расстройств, реализующихся в психосоматической сфере, характерной особенностью которых является отсутствие значимой соматической патологии или минимальные её проявления.
2. Глоссодинии свойственна клиническая гетерогенность, которая реализуется на уровне коморбидности с неврологической и соматической патологией.
3. Разработанный лечебно-диагностический комплекс, включающий диагностический алгоритм, позволяющий дифференцировать глоссодинию от схожих по симптомам вариантов патологии, новые подходы к проведению лечения, а также предложенные мероприятия по оптимизации организации оказания медицинской помощи, позволяют повысить эффективность лечения пациентов с данной патологией.

Апробация работы.

Работа выполнена на кафедре неврологии и нейростоматологии ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет» и апробирована на заседании означенной кафедры в апреле 2014 года.

Результаты исследований, основные положения и выводы диссертации доложены и обсуждены:

- на XXII Московском международном стоматологическом форуме (г. Москва, 2005 г.);
- на XVIII Всероссийской научно-практической конференции врачей-стоматологов (г. Москва, 2005 г.);
- на Краевой научно-практической конференции стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии» (г. Волгоград, 2008);
- на II Восточно-Европейском Конгрессе по психиатрии (г. Москва, 2009);
- на Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (г. Москва, 2009, 2011, 2013 гг.);
- на IX Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы стоматологии» (г. Ростов-на-Дону, 2009 г.);
- на XVI Краевой конференции стоматологов (г. Красноярск, 2009);
- на Региональном конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации «Традиции и инновации в психиатрии» (Санкт-Петербург, 2010);
- на II Международном конгрессе по нейрореабилитации (г. Москва, 2010);
- на VII Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний» (г. Санкт-Петербург, 2011г.);
- на 2 научно-практической конференции молодых ученых «Современные технологии в экспериментальной и клинической стоматологии» (г. Москва, 2011 г.);
- на VI Международном конгрессе «Восстановительная медицина и реабилитация» (г. Москва, 2012).

Внедрение в практику.

Результаты исследования клинических особенностей пациентов с глоссодинией, методы диагностики и лечения при данной патологии используются для преподавания в лекционном курсе и практических занятиях на кафедре неврологии и на кафедре терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Ставропольского ГМУ Минздрава России, МАУЗ ГСП «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Ставрополя, применяются в диагностическом и лечебном процессах в муниципальных учреждений здравоохранения г. Грозного.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 249 страницах машинописного текста и содержит введение, обзор литературы, характеристику материалов и методов исследования, три главы собственных исследований, обсуждение результатов исследований, выводы. Диссертация содержит 58 таблиц, 20 рисунков. Указатель литературы включает 319 работ отечественных и иностранных авторов.

Публикации.

По материалам исследования опубликовано 13 научных работ, в том числе 12 работ в изданиях, рекомендованных в ВАК для публикации результатов докторской диссертации.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

В соответствии поставленной целью и задачами исследования, для обеспечения всесторонней оценки, как стоматологических, так и соматических и психопатологических потенциальных факторов формирования глоссодинии, на кафедре нервных болезней и нейростоматологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России было проведено комплексное обследование 312 пациентов с соматоформными

расстройствами (F 45.0 по МКБ-10), предъявляющие жалобы на персистирующую орофациальную боль, при отсутствии изменений со стороны слизистой оболочки полости рта и языка. Состояние обследованных пациентов соответствовало критериям одного из трех наиболее распространенных органических неврозов: «синдром гипервентиляции» (СГВ – 92 чел., 24,8%), «синдром Да Коста» (СДК, кардионевроз – 108 чел., 29,1%), «синдром раздраженного кишечника» (СРК – 112 чел., 20,1%).

Критерии отбора также предусматривали отсутствие на момент обследования пациентов обострения, либо наличия значимых клинических проявлений соматической патологии (стадия компенсации).

Соотношение пациентов мужского и женского пола в изученной выборке было следующее: 98 (34,4%) мужчин и соответственно 214 (65,6%) женщин. Средний возраст пациентов на момент обследования составлял $49,2 \pm 2,1$ лет для мужчин и $46,2 \pm 2,4$ лет – для женщин.

Для проведения сравнительного анализа, методом случайной выборки было отобрано 1000 амбулаторных историй болезни пациентов, обращавшихся за стоматологической помощью. В общем количестве историй болезни, число случаев обращения с жалобами на персистирующую орофациальную боль составило 88. Далее были исключены случаи, при которых в анамнезе имелись указания на аффективные психозы, заболевания ЦНС органической природы, а также пациенты, страдающие зависимостью от алкоголя или наркотиков. Из оставшихся в выборке пациентов была составлена группа сравнения в количестве 46 человек, конгруэнтных по полу и возрастному составу.

В ходе обследования, помимо психопатологической квалификации психического статуса, осуществляемого психиатрами, каждый пациент осматривался терапевтом.

Проводилось стоматологическое обследование с использованием модифицированной «Карты оценки стоматологического статуса (ВОЗ,

1995)», которое дополнялось рентгенологической оценкой состояния челюстно-лицевой области и результатами необходимых функциональных методов исследования.

Проведенная клиническая оценка состояния вегетативной нервной системы включала анализ параметров частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), уровня артериального давления (АД); рассчитывался вегетативный индекс Кердо и коэффициент Хильдебранта. Для диагностики синдрома вегетативной дистонии использовались: «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» и «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», разработанные в лаборатории патологии вегетативной нервной системы МГМУ им. И.М. Сеченова. Изучение состояния сегментарного отдела вегетативной нервной системы включало заполнение анкет для выявления периферической вегетативной недостаточности. Проводилось исследование комплекса кардиоваскулярных тестов, позволяющих избирательно оценивать симпатическое и парасимпатическое влияние, т.е. сегментарный уровень вегетативной регуляции кардиоваскулярной системы.

Для объективизации клинической оценки также использовались следующие измерительные инструменты: шкала оценки соматоформных расстройств, шкала оценки панических атак и приступов тревоги Шихана, шкала оценки тревоги Шихана, стандартизованные клинические шкалы для оценки степени тяжести психических нарушений (депрессивных нарушений и коморбидных с ними психопатологических симптомов) – шкала Гамильтона и шкала для оценки когнитивных функций – MMSE, шкала общего клинического впечатления, Госпитальный опросник по тревоге и депрессии.

Специальные инструментальные методы изучения функционального состояния центральной нервной системы и объективизации состояния вегетативной регуляции предусматривали регистрацию биоэлектрической

активности головного мозга методом компьютерной ЭЭГ и исследование вегетативных вызванных потенциалов (КСВП) в ответ на стимуляцию импульсным током.

При проведении статистической обработки полученных результатов исследований использовались компьютерные программы Microsoft Excel, Statistica, Biostat с обработкой материала по группам с помощью методов вариационной статистики, включающих вычисление средних значений, ошибок средних, стандартных отклонений. Использованы и непараметрические методы, в частности коэффициент корреляции Спирмена, тест Манна-Уитнея. Для каждой выборки показателей рассчитывали числовые характеристики распределения. Оценку значимости различий между сравниваемыми выборками осуществляли с использованием параметрического t-критерия Стьюдента при 95% доверительном интервале.

Результаты исследования.

Симптоматология и клиническая типология глоссодинии в рамках соматоформных расстройств.

Доказанный факт манифестации соматоформных расстройств на фоне различных, как по своим клиническим проявлениям, так и по степени тяжести, заболеваний внутренних органов определял необходимость проведения в рамках настоящего исследования детального изучения соматического статуса пациентов.

Анализ полученных результатов соматического обследования выявил определённую взаимосвязь между отдельными вариантами ГД и соматической патологией, а именно – ограничение функциональных расстройств рамками одного органа, либо системы, что было сопряжено со значительным возрастанием патологических изменений именно в данном органе (функциональной системе) при минимальной представленности нарушений в других.

Таблица 1.

Представленность соматической патологии у пациентов с глоссодинией при СГВ, СДК и СРК (диагнозы, установленные в анамнезе (по данным медицинской документации)).

Соматические заболевания	ГД при СГВ n=92		ГД при СДК n=108		ГД при СРК n=112	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Бронхолёгочная патология	49	53,3	3	2,8	4	3,5
Заболевания сердечно-сосудистой системы	3	3,3	64	59,3	4	3,6
Заболевания ж.к.т.	15	16,3	22	20,4	100	89,3
Патология др. органов/систем	25	27,2	19	17,5	4	3,5

Наряду с этим, межгрупповое сравнение спектра коморбидной соматической патологии обнаружило статистически достоверные различия, позволяющие составить общую картину распределения органной патологии в сопоставляемых группах.

Полученные данные свидетельствовали о том, что в группе контроля выявляется относительно широкий спектр соматических заболеваний с примерно равным распределением (не выше 8,0%). Тогда как, в группе пациентов с глоссодиниями обнаруживается тенденция к увеличению доли соматической патологии в рамках органных систем, соответствующих топической локализации наиболее распространенных СДК, СГВ и СРК: соответственно преобладают заболевания сердечно-сосудистой (59,3%), дыхательной (53,3%) и пищеварительной (89,3%) систем (Табл. 1; 2)

Таблица 2.
Основная соматическая патология у пациентов группы контроля (диагнозы, установленные в анамнезе (по данным медицинской документации)).

Соматические заболевания по органам/системам	Пациенты группы контроля (n=46)	
	абс.	%
Сердечно-сосудистая система	15	7,9
Бронхо-легочная система	12	6,3
Пищеварительная система	11	5,8
Эндокринная система	17	8,9

Нарушения обмена веществ	8	4,2
Мочеполовая система	10	5,2
Система кроветворения	5	2,6
Соединительные ткани	10	5,2
Костно-мышечная система	11	5,8
Глаз и придатки	6	3,1
ЛОР-органы	9	4,7
Кожа и подкожная клетчатка	7	3,7

При исследовании стоматологического статуса было выявлено заболевания пародонта, различные формы нарушений прикуса, острые края зубов, кариозные зубы, ряд иных стоматологических заболеваний. Ожидается, наиболее часто диагностировался кариес (315 чел., 87,9%), хронический пародонтит (192 чел., 53,6%), хронический периодонтит (162 чел., 45,3%).

Гигиена полости рта соответствовала хорошему уровню у 98 (27,4%) пациентов в остальных случаях – удовлетворительному. Пиорея из пародонтальных карманов выявлена у 84 (23,5%) пациентов; острые края зубов, пломб и протезов – у 44 (12,3%); нарушения окклюзии и артикуляции – у 169 (47,5%), дисфункция ВНЧС – у 58 (16,2%); частичное отсутствие зубов – у 130 (36,4%) пациентов.

Однако, в целом, стоматологическое обследование пациентов основной и контрольной группы не выявило значимых различий в частоте встречаемости и характере зубно-челюстной патологии.

Результаты исследования неврологического статуса указывали на наличие у большинства обследованных основной группы многообразных изменений в вегетативной сфере, при этом выявленные надсегментарные расстройства отличались большой полисистемностью и высокой степенью выраженности синдрома вегетативной дистонии и достоверно отличались от показателей, полученных в контрольной группе ($p < 0,001$).

Проведенная объективная оценка указанных нарушений свидетельствовала о наличии различий в показателях исходного

вегетативного тонуса, как межгрупповых, так и в сравнении с показателями лиц контрольной группы.

Так, у пациентов с ГД при СРК преобладала симпатикотония, в группах ГД при СГВ и СДК также преобладали симпатикотоники, однако число лиц с преобладанием парасимпатикотонического влияния ВНС несколько увеличилось.

Коэффициент Хильденбранта, характеризующий межсистемные взаимоотношения в группе ГД при СРК, выявил повышенные значения у большинства обследованных (51,7%), т.е. имелась тенденция к преобладанию симпатических реакций. При этом, у обследованных группы ГД при СГВ определялось снижение показателя в 47,6% случаев, т.е. преобладал тонус парасимпатической части ВНС. В группе ГД при СДВ в 51,4% наблюдений выявлена парасимпатикотония и в 34,3% – симпатикотония.

Наряду с этим была отмечена инертность вегетативной регуляции, недостаточная и чрезвычайно длительная реакция на различные раздражители. Глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера у пациентов группы ГД при СРК чаще был извращен (38,3%) или ускорен (28,3%). В группе ГД при СГВ сохранялась та же зависимость: извращение – 34,7%, ускорение – 29,7% случаев. В группе ГД при СДВ выявлено извращение в 34,3% и замедление в 54,4% наблюдений, что свидетельствовало о неадекватной реакции на нагрузку.

Проба с задержкой дыхания Мослера в группе ГД при СРК была повышена в 38,3% наблюдений; в группе ГД при СГВ – проба неадекватна в 50,8% случаев или повышена – в 39,8% случаев. В группе ГД при СДВ наблюдалось повышение реактивности у 54,3%, отсутствие изменений у 37,1%.

При анализе результатов проведения ортостатической пробы у пациентов в группе ГД при СРК была отмечена отчетливая гиперреактивность (51,7%), в группе ГД при СГВ было отмечено, как низкое

вегетативное обеспечение (41,5%), так и гиперреакция (40,7%), тогда как в группе ГД при СДВ отмечалась выраженная гиперреактивность (62,9%).

Характерно то, что при проведении клиноортостатической пробы отмечался медленный возврат показателей во всех наблюдаемых группах. При этом, при пробе с физической нагрузкой полученные результаты не имели достоверных межгрупповых различий ($p > 0,5$).

Таким образом, неадекватное изменение основных вегетативных показателей не носило специфичный характер, и не имело строгого соответствия с характером клинических проявлений коморбидной соматической патологии, в связи с чем, выявленное нами вегетативные сдвиги, расценивались как доказанные корреляты, присущих пациентам психоэмоциональных расстройств.

В комплексе обследования нами также было проведено сравнение статистических характеристик КСВП основной и контрольной групп.

Так, у большинства пациентов основной группы отмечались некоторое снижение величины порогового стимула, нарастание симпатической составляющей (A_2) и интенсивности вегетативной реакции (A_{max}). При этом показатели латентности ответа и амплитуда парасимпатической составляющей (A_1) не отличались от контрольной группы ($p > 0,05$).

Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Средние значения показателей КСВП у обследованных основной и контрольной групп ($M \pm m$).

Параметры	Основная группа	Группа контроля
Порог (mA)	3,3±0,6*	4,5±1,8
Латентный период ($сек$)	1,4±0,3	1,5±0,1
A_1 (mV)	0,5±0,3	0,6±0,3
A_2 (mV)	2,2±1,9	2,0±1,0
A_{max} (mV)	2,1±2,4	2,5±1,1
Длительность ответа T ($сек$)	8,2±1,8 *	6,9±1,4
Доп. колебания (баллы)	1,4±1,6 *	1,2±0,9
Лабильность фона (баллы)	1,6±2,0	1,2±1,1

Габитуация (баллы)	3,3±1,0*	2,0±1,1
С/о порог (баллы)	0,4±0,6*	0,1±0,3

*- различия достоверны ($p < 0,05$);

Однако более значимые отличия от показателей контрольной группы отмечались в глобальных параметрах качества регулирования ВНС.

При качественном анализе КСВП была выделена большая межиндивидуальная вариабельность показателей при сохранности однотипной реакции в одних и тех же условиях у одного пациента. Это, по нашему мнению, имело большое значение для клинической оценки нормального и патологического состояния регуляторных систем, отвечающих за настройку вегетативных функций.

Так, в большинстве случаев, у пациентов контрольной группы имел место нормальный вариант кривой с преобладанием трехфазного быстро затухающего процесса. У обследованных основной группы значительно чаще преобладали эпизоды нарушения процессов стабилизации (нестабильность фона и вегетативных реакций, повышенная интенсивность реакции, длительное восстановление фона и склонность к пароксизмальным вегетативным реакциям). Наряду с этим у них чаще выявлялось усиление симпатического характера ответа, нарушение восстановления исходного фона и повышенный уровень тревожности.

Выявленные у пациентов основной группы изменения биоэлектрической активности головного мозга также не отличались значительной специфичностью, но имели достоверные различия по многим параметрам в сравнении с данными ЭЭГ, полученными у пациентов контрольной группы.

Наиболее часто имели место признаки десинхронизации за счет повышенной активации неспецифических систем ствола головного мозга (67,7%). При визуальной оценке ЭЭГ также нередко наблюдались

дезорганизация α -ритма (39,0%), повышение индекса диффузной медленной активности, билатерально-синхронные вспышки волн и пароксизмальная активность неэпилептической природы, как возможное проявление дисфункции гипоталамо-диэнцефальных структур. При гипервентиляции у пациентов с десинхронной активностью нередко наблюдалось учащение α -ритма, в то время как у пациентов с дезорганизованной ритмикой регистрировалось усиление θ - активности с преобладанием в передних отделах головного мозга. При ритмической фотостимуляции соответственно имели место навязывание ритма в диапазоне α - и β - частот или слабо выраженное усвоение ритма, регистрируемое скорее в θ - диапазоне.

В целом, полученные результаты нейрофизиологического обследования, свидетельствующие об отчетливых изменениях по ряду показателей, характеризующих функциональное состояние ЦНС и в наибольшей степени – ее вегетативного звена, не противоречили клиническим данным, полученным при изучении неврологического статуса.

Проведенное углубленное патопсихологическое обследование пациентов основной группы также обнаружило значимые различия в долях пациентов с определенными психопатологическими состояниями и гетерогенности по показателям коморбидной психической патологии.

Так, функциональные расстройства дыхательной и сердечно-сосудистой систем, в отличие от СРК, обнаруживают сопряженность с психическими нарушениями тревожно-фобического круга (ТФР).

В выборке клинического исследования доли пациентов с ТФР составили 93,8% для СГВ и 65,2% для СДК. В то же время, нами было установлено различное распределение отдельных симптомокомплексов патологической тревоги.

Так, при СГВ ТФР реализуются преимущественно в рамках панических атак (89,7%), в то время как другие проявления тревожных расстройств регистрируются в минимальной пропорции: агорафобия

выявляется у 9,3%, ипохондрические фобии – 16,5%, социальная фобия – 2,1%, явления генерализованной тревоги – 2,1%. У пациентов с СДК выявляются иные закономерности. При столь же высокой представленности панических атак (61,6%), значительно возрастает пропорция пациентов с явлениями агорафобии – 50,0% ($p < 0,05$ в сравнении с СГВ) и ипохондрическими фобиями – 58,0% ($p < 0,05$ в сравнении с СГВ). По остальным проявлениям ТФР достоверных различий не обнаружено.

Таблица 4.

Коморбидная психическая патология (синдромальная квалификация) у пациентов с глоссодинией в рамках СГВ, СДК и СРК.

Характер патологии	ГД при СГВ n=92		ГД при СДК n=108		ГД при СРК n=112	
	абс	%	абс	%	абс	%
Тревожно-фобические расстройства	86	93,8	70	65,2	18	16,5
Панические атаки	82	89,7	66	61,6	18	16,5
субсиндромальные	65	71,1	54	50,0	7	7,0
синдромально завершённые	17	18,6	29	27,7	18	16,5
Агорафобия	8	9,3	54	50,0	2	1,7
Социальная фобия	2	2,1	3	3,6	13	12,2
Ипохондрические фобии	14	16,5	63	58,0	12	11,3
Генерализованная тревога	2	2,1	6	6,3	2	1,7
Депрессивные расстройства	5	6,2	17	17,0	63	56,5
Депрессивный эпизод	3	4,1	13	13,4	57	51,3
Дистимия	2	2,1	4	3,6	6	5,2
Гипомания/ гипертимия	27	29,9	18	16,1	2	1,7

В подгруппе СРК доля ТФР остается минимальной – 16,5%. В то же время следует отметить значительное возрастание доли пациентов с социальной фобией: 12,2% против 2,1% при СГВ ($p < 0,05$) и 3,6% при СДК ($p < 0,05$).

Аффективные нарушения депрессивного круга обнаруживают противоположные ТФР закономерности распределения. В целом доля депрессивных расстройств достигает максимального значения у пациентов с

СРК – 56,5% и минимальна при СГВ – 6,2%. СДК по рассматриваемому показателю занимает промежуточное положение – 17%. При этом обнаруживаются различия и в клинических проявлениях депрессивных расстройств. Так, при СГВ депрессивные эпизоды формируются по закономерностям реактивных (психогенных или нозогенных) аффективных нарушений. В сравнении с СГВ при СДК наряду с реактивными депрессивными состояниями достоверно чаще отмечаются случаи эндогенных депрессий – 13,4% против 4,1% соответственно ($p < 0,05$). В свою очередь при СРК в большинстве случаев выявляются признаки эндогенной депрессии: 47,8% из 51,3% пациентов с депрессивным эпизодом.

Дистимические расстройства, напротив, приблизительно равномерно распределяются при всех трех вариантах органических неврозов: 2,1% при СГВ, 3,6% при СДК и 5,2% при СРК.

Гипоманиакальные состояния обнаруживают противоположные в сравнении с депрессивными закономерности распределения: наиболее часто встречаются в подгруппе СГВ – 29,9%, несколько реже при СДК – 16,1%, а при СРК признаки повышения основного аффективного фона выявляются только у 1,7% больных.

Нозологический анализ клинических характеристик, отражающих структуру коморбидности глоссодинии с иной психической патологией, также установил ряд различий между сравниваемыми выборками.

Так, у пациентов с глоссодинией обнаруживается связь со значительно более тяжелыми психическими нарушениями с тенденцией к длительному, хроническому течению. В основной группе было достоверно больше пациентов с паническим расстройством (44,2% против 64,7%; $p < 0,05$), агорафобией (44,2% против 64,7%; $p < 0,05$), депрессивными состояниями (44,2% против 64,7%; $p < 0,05$), тогда как у пациентов контрольной группы доминировали кратковременные (в среднем менее 3^х месяцев), психогенно или соматогенно обусловленные невротические реакции.

Также представлялся важным, определяющий значимые различия между изучаемыми формами глоссодинии, показатель – совокупность и характер жалоб на орофациальные боли и иные сенестопатические ощущения.

Так, клиническая картина функциональных расстройств у пациентов с ГД при СРК складывалась из достаточно характерных жалоб на ощущение инородного тела в полости рта («наличие волоса, шерсти животных, остатков пищи и др.»), сопряженных с нарушением моторной функции кишечника (изменения частоты и консистенции стула – диарея, запоры), абдоминалгиями, ощущением дискомфорта в области живота. Причем аномальные телесные сенсации в полости рта, как правило, возникают одновременно с позывами на дефекацию и облегчаются после дефекации. Для пациентов с ГД при СРК также были характерны жалобы на ощущение неполного освобождения толстой кишки, выделение слизи, чувство распирания или расширения кишечника. Наряду с этим у некоторых пациентов обнаруживались спонтанные и синдромально завершённые панические приступы. При этом симптоматика панических приступов была достаточно мономорфна и ограничивалась соматовегетативными нарушениями со стороны толстого кишечника, включающими абдоминалгии (спастические, стягивающие, режущие боли в области живота), сопровождающихся резкими и интенсивными позывами на дефекацию, чувством распирания, «бурления» в толстом кишечнике, повышенным газообразованием. Нарушения моторной функции толстого кишечника представлены преимущественно диареей (многократный и жидкий стул с чувством неполноты опорожнения кишечника).

У части пациентов с ГД при СРК наблюдается хронификация тревожной патологии с формированием стойкой агора- и социофобии. Симптоматика агорафобии, как правило, включала передвижение вблизи

расположения мест общественного пользования, неоднократные «ритуальными» посещениями туалета перед выходом из квартиры.

Аффективная патология в подгруппе глоссодинии в рамках СРК была представлена эндогенными депрессиями, которые регистрируются примерно у половины (56,6%) пациентов. К особенностям аффективного синдрома можно было отнести преобладание соматовегетативного симптомокомплекса депрессии, представленного стойким снижением аппетита, чувством неприятного, чаще горького, привкуса во рту. Когнитивная составляющая депрессивного синдрома ограничивается пессимистическим отношением к состоянию здоровья, стойкой ипохондрической фиксацией на проявлениях телесного дискомфорта в полости рта и нарушениях функций толстого кишечника.

Жалобы у пациентов с глоссодинией в рамках синдрома гипервентиляции чаще были представлены признаками «поведенческой одышки» с чувством неполноты вдоха, невозможности «полностью расправить легкие», ощущением нехватки воздуха, при этом первопричиной этих проявлений пациенты считали «отёчность, увеличение размера языка, обильное слюноотделение, как следствие воспаления», что сопровождалось болью.

Патопсихологические нарушения у пациентов данной подгруппы были преимущественно представлены симптомами патологической тревоги в структуре панических атак. Причем среди последних выявляется значительное преобладание субсиндромальных (малых) панических атак, симптоматика которых ограничивается 1 – 3 соматовегетативными симптомами со стороны полости рта, дыхательной системы и нерезко выраженным чувством страха.

Выступающие в рамках панических атак функциональные нарушения были представлены гиперсаливацией, диспноэ с «форсированным» дыханием и/или затруднением вдоха, либо частым поверхностным дыханием.

Несмотря на малую представленность депрессивных расстройств (6,2%) следует отметить, что во всех случаях в подгруппе ГД при СГВ явления гипотимии обнаруживают сопряженность с выраженными тревожными расстройствами с формированием тревожно-ипохондрической депрессии. При этом явления собственно гипотимии, представленные резко выраженной апатией, снижением активности, утрированной пессимистической переоценкой степени тяжести соматического страдания, как бы отступают на второй план.

Симптомокомплекс глоссодинии при СДК был представлен неприятными ощущениями или болями в грудной клетке (кардиалгии) с распространением на язык, нёбо, реже – зубы, что сопровождалось чувством усиленного сердцебиения, перебоями в области сердца, сочетающимися с также сопутствующими признаками вегетативной дисфункции (локальная потливость, мраморность или похолодание конечностей, стойкий белый дермографизм).

В подгруппе ГД при СДК также преобладали симптомы тревожных расстройств, хотя суммарная доля последних уступает соответствующему значению в группе ГД при СГВ. При этом, если в подгруппе СГВ регистрируются преимущественно малые панические приступы, то у всех пациентов с ГД при СДК, страдающих ТФР, выявляются клинически завершённые формы панических атак. Причем нередко панические атаки оцениваются как спонтанные, не имеющие непосредственной связи со средовыми факторами.

В отличие от ГД при СГВ, при котором функциональные расстройства в структуре панических атак ограничиваются изменением частоты и глубины дыхательных движений с чувством неполноты вдоха, СФР при СДК более полиморфны: наряду с изменениями ритма и силы сердечных сокращений (тахикардия, экстрасистолия, усиленное сердцебиение) возникали колебания

артериального давления с тенденцией к транзиторной артериальной гипертензии на высоте тревожного приступа.

У большинства пациентов с ГД при СДК депрессивные состояния квалифицировались, как эндогенные депрессии легкой или умеренной степени тяжести в рамках циклотимии, либо имели место дистимические расстройства. В большинстве случаев клиническая картина ГД при СДК расширялась за счет присоединения соматовегетативных нарушений, свойственных эндогенным депрессиям – снижение аппетита, что объяснялось орофасциальным болевым синдромом, потерей в весе, нарушениями сна с признаками ранней инсомнии.

У пациентов группы контроля субъективные проявления, схожие с симптомами глоссодинии, носили иной характер.

Так, обследованные преимущественно испытывали парестетические и много реже – болевые ощущения. В основном пациенты указывали на неприятные ощущения по типу «пощипывания» (14 чел., 30,4%), «покалывания» (12 чел., 26,1%), «онемения» (6 чел., 13,1%), «шероховатости» (5 чел., 10,9%), «зуда» (5 чел., 10,9%), «саднения» (4 чел., 8,6%).

В 93,4% случаев эти ощущения исчезали или значительно ослабевали во время еды или при разговоре. Выраженность симптоматики была минимальная после пробуждения и нарастала в течение дня. В ночное время неприятные ощущения со стороны полости рта сводились, как правило, к ощущению сухости. Иногда пациентов беспокоил неприятный привкус во рту: ощущение горечи (15 чел., 32,6%), «металлический привкус» (6 чел., 13,1%), «кислоты» (2 чел., 4,3%). На постоянное ощущение сухости полости рта указывали 76,1% пациентов (35 чел.), повышенное слюноотделение – 5 (10,9%).

Психопатологическая симптоматика у большинства пациентов данной выборки была представлена транзиторными истеро-ипохондрическими

фобиями (кардиофобия, танатофобия), не достигающими степени синдромально завершенных форм патологии (паническое расстройство) тревожно-фобического круга. В остальных случаях состояние пациентов квалифицировалось в рамках преходящих, ситуационно обусловленных невротических, либо аффективных реакций.

Оценка личностных расстройств, как и следовало ожидать, выявляла преобладание конституциональных аномалий истерического круга – 58,6% (27 чел.). Сочетание истерических черт с признаками других личностных расстройств (смешанные личностные расстройства по МКБ-10) установлено лишь в 23,9% (11 чел.). Среди смешанных вариантов чаще встречаются сочетания истерических и тревожных (избегающее, ананкастное) личностных расстройств – 54,5% (6 чел.).

Таблица 5.

Коморбидная психическая патология у пациентов группы контроля.

Характер патологии	Пациенты группы контроля (n=46)	
	абс.	%
Астения (неврастения)	13	12,0
Паническое расстройство	8	4,2
Агорафобия	5	2,6
Социальная фобия	9	4,7
Изолированные фобии	3	1,6
Ипохондрические фобии	16	34,6
Генерализованное тревожное расстройство	12	6,3
Обсессивно-компульсивное расстройство	0	0,0
Нервная анорексия	1	0,5
Нервная булимия	2	1,0
Депрессивный эпизод (легкий/умеренный)	0	0,0

Для решения поставленных задач исследования – определения нозологической принадлежности глоссодинии и подтверждения клинической гетерогенности глоссодинии в рамках соматоформных расстройств,

изучаемые выборки основной группы пациентов и пациентов группы контроля также сравнивались по ряду, представляющихся нам наиболее значимыми, показателей:

1. Факторы, связанные с манифестацией глоссодинии:
 - a. психогенные;
 - b. соматогенные;
 - c. аутохтонная манифестация.
2. Длительность течения глоссодинии:
 - a. менее < 3 месяцев;
 - b. 3 – 6 месяцев;
 - c. более 6 месяцев.
3. Функциональные нарушения со стороны внутренних органов (с отдельной оценкой характера сердечно-сосудистой, бронхолегочной, пищеварительной и других систем):
 - a. локализация (моно-/полиорганная):
 - o в пределах одного органа/системы (моноорганные);
 - o полиорганные.
 - b. изменчивость локализации в рамках клинической динамики:
 - o остаются в пределах одного органа/системы;
 - o «мигрируют» по разным органам/системам.
4. Алгические расстройства:
 - a. дескриптивные характеристики
 - o четкость описания с предметными и образными сравнениями;
 - o неопределенность характеристик, затруднения в описании, вычурный характер симптомов (сенестопатии).
 - b. локализация.
 - c. изменчивость локализации.
 - o постоянная;
 - o «мигрирующая».

В процессе проведенного сравнительного анализа указанных характеристик было получено достоверное подтверждение о нозологической

самостоятельности глоссодинии, позволяющей дифференцировать ГД от схожих по симптомам вариантов патологии.

Так, манифестация и экзацербации глоссодинии у пациентов группы контроля в большинстве случаев (37 чел., 80,4%) были сопряжены с психогенными воздействиями, среди которых преобладают (20 чел., 54,1%) социальные стрессовые факторы (утрата близкого, конфликты в семье, по месту работы и др.). В остальных 17 случаях обнаруживалась сопряженность с психогенными реакциями, определяемыми в современной литературе, как нозогении, т.е., в качестве психотравмирующего фактора выступало собственно соматическое заболевание. Однако в семантике диагноза соматического заболевания пациентов не прослеживалась тропность к возникающим орофасциальным нарушениям.

Длительность глоссодинии у пациентов группы контроля не выходила за рамки 6^{-ти} месяцев, причем у большинства пациентов (34 чел., 73,9%) обратная редукция жалоб наблюдалась в течение первых 3^{-х} месяцев после манифестации.

Для пациентов группы контроля был характерен полиморфизм и неустойчивость локализации функциональных нарушений, определяющие одновременное или последовательное вовлечение в структуру клинических проявлений различных органных систем. Функциональные расстройства внутренних органов в большинстве наблюдений (36 чел., 78,3%) формировались одновременно в 2^{-х} и более системах. Причем в 69,6% были отмечены симптомы в пределах не менее 3^{-х} органных систем. В числе наиболее частых сочетаний выступали преходящие нарушения сердечного ритма, глубины и частоты дыхания, перистальтики кишечника.

Ещё одной характерной особенностью рассматриваемых состояний была тенденция к миграции функциональных нарушений: смена 2^{-х} и более органов (функциональных систем) имела место в 65,2% случаев.

Глоссалгические проявления также отличались сменой проекции ощущений (29 чел., 63,0%). При этом была характерна форма ярких, образных и отчетливо предметных описаний, иногда достигающих степени телесных фантазий.

Таким образом, результаты сравнительной оценки пациентов основной и контрольной групп свидетельствуют, что глоссодинии представляют собой гетерогенную группу патологических состояний, при этом, свойственная глоссодинии гетерогенность, реализуется на уровне структуры коморбидности с психической и соматической патологией.

Оптимизация лечения и организации медицинской помощи пациентов с глоссодинией.

Традиционные подходы к лечению ГД предусматривают применение различных психотерапевтических методик, которые, как правило, дополняются симптоматическим назначением отдельных психофармакотерапевтических препаратов. При этом считается, что одной из наиболее перспективных методик психотерапевтического воздействия является когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ). Однако некоторые авторы более отдают предпочтение ряду иных методик (Скуридин П.И. 2010). Также для лечения ГД рекомендуются к применению широкий спектр медикаментозных препаратов иных групп: витамины, минеральные добавки, вазоактивные препараты, ноотропы и нейропротекторы, что, при всем том, не оказывает существенного влияния на конечные результаты лечения – эффективность терапии ГД остаётся достаточно низкой.

Вместе с тем, полученные в результате настоящего исследования данные о природе ГД позволили пересмотреть ранее принятые терапевтические подходы и предложить принципиально иную схему лечения.

Так, психотропные средства назначались строго, в зависимости от определяющего клиническую картину психопатологического

симптомокомплекса: транквилизаторы использовались для лечения тревожных расстройств (паническое расстройство с наличием безагорафобии, либо без таковой, генерализованное тревожное расстройство), антидепрессанты – для терапии аффективной и тревожной патологии (депрессивный эпизод, дистимия, паническое расстройство), нейролептики использовались при явлениях сверхценной ипохондрии.

Также обязательной являлась базисная терапия сопутствующих соматических проявлений, назначаема на основании квалифицированного заключения, данного в ходе клинического разбора с участием соответствующих специалистов.

Принимая во внимание высокую частоту сопутствующей соматической патологии и вероятность неблагоприятных побочных эффектов, психотропные средства назначались в минимальных рекомендуемых стартовых дозах. Через 10 – 14 дней допускалось постепенное повышение дозы до максимальной переносимой в зависимости от выраженности терапевтического и возникновения побочных эффектов.

Для оценки эффективности предложенного подхода к лечению все пациенты были разделены на две равные группы (основную и контрольную). Пациенты основной группы получали лечение по предложенной схеме, контрольной – курс когнитивно-бихевиоральной терапии и симптоматической назначением психотерапевтических препаратов.

Учитывая сложность клинической структуры изучаемой патологии и отсутствие специальных инструментов объективной оценки тяжести функциональных нарушений, за основной критерий оценки эффективности был принят параметр «улучшение состояния» – пункт 3, Шкалы общего клинического впечатления CGI (Guy W., 1987). В качестве дополнительного критерия оценки эффективности рассматривалась редукция исходного уровня депрессии (на > 50% и более) на момент окончания исследования,

определяемая при помощи «Госпитального опросника по тревоге и депрессии».

Клиническое обследование и оценка состояния пациентов с применением указанных инструментов проводилась исходно, перед назначением терапии и далее регулярно, один раз в неделю.

Полностью завершили 6-недельный курс терапии и 142 пациента основной группы и 128 пациентов группы контроля. Преждевременная отмена терапии из-за побочных эффектов психотропных средств потребовалась 14 пациентам, из группы контроля по разным причинам выбыло 28 чел.

Суммарная оценка эффективности сравниваемых методов лечения по «Шкале общего клинического впечатления» свидетельствует о существенном превосходстве предложенного нами подхода над традиционной терапией (КБТ + симптоматическая терапия).

Данные представлены на рисунке 1.

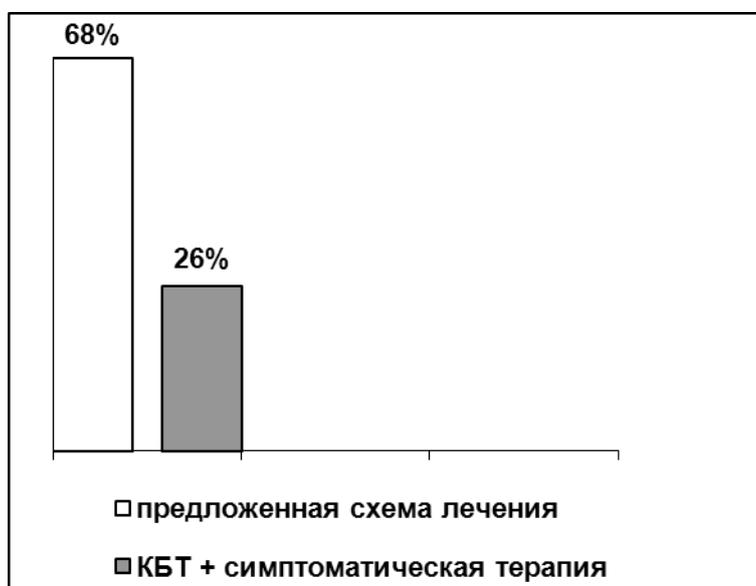


Рисунок 1. Количество пациентов (в процентах) с полным/выраженным эффектом на момент окончания 6-недельной терапии.

Полученные результаты наглядно свидетельствовали, что, не смотря на сложные психосоматические соотношения, определяющие клиническую картину ГД, применение рациональной психофармакотерапии по предложенной схеме позволяет существенно повысить эффективность лечения данного заболевания.

Наряду с этим, установленная в ходе настоящего исследования полиморфность синдромальной структуры глоссодинии, в рамках которой функциональные расстройства внутренних органов интегрируются, как с психопатологическими, так и соматическими нарушениями, определяет по нашему мнению необходимость разработки иных, отличных от общепринятых, подходов к оказанию медицинской помощи рассматриваемому контингенту пациентов.

Обоснованность данного вывода определяется, следующими основными аспектами: диагностическим и терапевтическим.

1. *Диагностический аспект глоссодинии.* Как свидетельствуют данные, полученные в ходе настоящего исследования, адекватная клиническая квалификация ГД невозможна без совместного участия невролога, стоматолога, психолога, терапевта. При этом необходимо клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, для уточнения и верификации соматической патологии и психопатологических нарушений, соучаствующих в формировании ГД.
2. *Терапевтический аспект глоссодинии.* Полученные результаты проведенного исследования свидетельствуют, что пациенты нуждаются в терапии с применением, как психотропных препаратов, так и препаратов для лечения сопутствующих соматических проявлений. Это определяет необходимость дополнительного контроля при назначении соответствующей медикаментозной терапии, связано с особенностями лекарственного взаимодействия, а также с индивидуальной переносимостью

психофармакотерапевтических препаратов у пациентов с соматической патологией.

Таким образом, представляется очевидной адекватность квалификации глоссодинии, как самостоятельной нозологической формы психосоматических расстройств с клинической гетерогенностью, при котором условия оказания медицинской помощи, а также доля участия в диагностике и лечении заболевания невролога, стоматолога, терапевта и психолога необходимо определять в каждом конкретном случае, исходя из клинических особенностей.

ВЫВОДЫ.

1. Глоссодиния – самостоятельная нозологическая единица в ряду психосоматических заболеваний, для которой свойственна коморбидность психопатологических расстройств, неврологической и соматической патологии с определённой структурой психосоматических соотношений.
2. Глоссодинию отличает клиническая гетерогенность, определяемая различной степенью вовлеченности патопсихологических нарушений, неврологических расстройств и соматической патологии на этапе формирования заболевания.
3. Клинико-синдромальные характеристики глоссодинии состоят из симптомов, присущих исходной соматической патологии, амплифицированных коморбидными психопатологическими нарушениями, в результате чего происходит маскирование проявлений психопатологических расстройств и акцентуация симптомов глоссодинии.
4. Характерные клинические проявления глоссодинии: стойкость (отсутствие изменчивости) субъективных проявлений,

преимущественно соматогеннообусловленная или аутохтонная манифестация заболевания, длительность течения, превышающая 6 месяцев, характерный спектр коморбидной психической патологии (преимущественно аффективные и эндогенно-процессуальные нарушения), позволяют дифференцировать глоссодинию от патологических состояний со схожими симптомами.

5. Основным методом лечения пациентов с глоссодинией является фармакотерапия с применением психотропных средств, назначаемых строго, в зависимости от определяющих клиническую картину. слагающих психопатологического симптомокомплекса, при этом обязательной является поддерживающая терапия и коррекции проявлений сопутствующей соматической патологии.
6. С учетом клинической гетерогенности заболевания, оказание медицинской помощи пациентам с глоссодинией наиболее целесообразно осуществлять в общемедицинской сети, при обеспечении взаимодействия специалистов по внутренним болезням, невролога и стоматолога.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Установление формального диагноза по МКБ-10: «глоссодиния» (K14.6), «другие болезни языка» (K14.8), «болезнь языка неуточненная» (K14.9), в случаях обращения пациентов за медицинской помощью с жалобами на персистирующую орофациальную боль, не сопровождающуюся морфологическими изменениями слизистой оболочки полости рта и языка, недостаточно информативно. Рекомендуется применение систематики глоссодинии, представленной в диссертационном исследовании, что позволит улучшить распознавание, обеспечивает дифференцированную диагностику и адекватное лечение.

2. Неврологическая помощь пациентам с глоссодинией не должна ограничиваться единичными консультациями при манифестации заболевания. Рекомендуется форма организации специализированной помощи, позволяющая осуществлять мониторинг лечебного процесса и дальнейшее диспансерное наблюдение.
3. С учетом проведенного анализа эффективности применения психотропных средств, рекомендуется использовать психотропные средства, перспективные в плане монотерапии; назначать препараты в малых суточных дозах (не более половины стандартной); выбирать в качестве стартовых доз минимально рекомендуемые, а для ряда препаратов (трициклические антидепрессанты, производные фенотиазина, антипсихотики) – субтерапевтические.
4. Для минимизации явлений «поведенческой токсичности» (вялость, сонливость, торможение когнитивных и двигательных функций) при психофармакотерапии пациентов с глоссодинией рекомендуется проводить медленную титрацию дозы, при необходимости – осуществлять смену препаратов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. **К вопросу нозологической принадлежности глоссодинии // Журн. «Практическая неврология и нейростоматология», 2008, № 3, С.14-16.**
2. **Глоссодиния, как междисциплинарная проблема // Журн. «Вестник Медицинского стоматологического института», 2009, № 1 (8), С.34-36.**
3. **Глоссодиния, как особый вариант соматоформного расстройства // Журн. «Вестник Медицинского стоматологического института», 2010, № 1 (4), С.32-34.**
4. **Клинико-синдромальные особенностей глоссодинии в рамках соматоформного расстройства, дифференциация глоссодинии от иных, схожих по симптомам расстройств // Журн. «Вестник Волгоградского медицинского университета», 2010, № 3, С.28-30 (соавт. Кариков К.Г.).**

5. Современный комплексный подход к лечению пациентов с глоссодинией // Журн. «Вестник Медицинского стоматологического института», 2010, № 2 (5), С.43-45.
6. К вопросу организации медицинской помощи пациентам с глоссодинией // Журн. «Вестник Медицинского стоматологического института», 2010, № 4 (7), С.32-34 (соавт. Караков К.Г.).
7. Структура психосоматических соотношений при глоссодинии // Журн. «Вестник Волгоградского медицинского университета», 2011, № 2, С.32-34.
8. Клиническая гетерогенность глоссодинии в рамках органического невроза // Журн. «Вестник Медицинского стоматологического института», 2012, № 2 (14), С.14-16 (соавт. Пузин М.Н.).
9. Диагностический алгоритм, позволяющий дифференцировать глоссодинию от схожих по симптомам вариантов патологии // Журн. «Вестник Волгоградского медицинского университета», 2012, № 3, С.28-30.
10. Современные клинические и диагностические аспекты глоссодинии // Вестник Медицинского стоматологического института. - № 1(17). – 2013. – с. 20-22 (соавт. Караков К.Г.).
11. Диагностические и лечебные подходы при глоссодинии // Вестник Медицинского стоматологического института. - № 3(19). – 2013. – с. 41-42.
12. Стоматологические аспекты глоссодинии // Вестник Медицинского стоматологического института. - № 1(21). – 2014. – с. 35-37 (соавт. Караков К.Г.).
13. Синдром жжения полости рта (особенности диагностики и терапии) // Монография, Издательство МСИ.-2013. - с.112 (соавт. Скуридин П.И., Хубиев С.З., Хритинин А.Д.).

Список использованных сокращений

ГД – глоссодиния
 КБТ – когнитивно-бихевиоральная терапия
 КПП – когнитивно-поведенческая психотерапия
 КСВП – кожные симпатические вызванные потенциалы
 ПА – панические атаки
 ПТ – психотерапия
 ПФТ – психофармакотерапия
 СГВ – синдром гипервентиляции
 СДК – синдром Да Коста
 СРК – синдром раздраженного кишечника
 ТФР – психическими нарушениями тревожно-фобического круга
 ЭЭГ – электроэнцефалограмма

A_2 – симпатическая составляющая
 A_{\max} – интенсивность вегетативной реакции
 A_1 – парасимпатическая составляющая