

В.Э. Медведев*, Ю.С. Фофанова, В.И. Фролова

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского института РУДН

ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ С ПОЗИЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Резюме

Среди хронических лицевых болей выделяют персистирующую идиопатическую прозопалгию, не связанную с каким-либо локальным патологическим процессом. Болевой синдром манифестирует на фоне психоэмоциональных стрессов и сочетается с гетерогенной психической патологией. Наиболее эффективные схемы терапии персистирующей идиопатической прозопалгии включают различные психотропные препараты и психотерапию. С учетом важного медицинского и социального значения данного вида лицевых болей необходимо комплексное обследование и лечение пациентов с привлечением врача-психиатра.

Ключевые слова: персистирующая идиопатическая лицевая боль, прозопалгия, психические расстройства

Abstract

Prosopalgia is the subtype of chronic facial pain. It is not associated with any local pathologic process. Pain syndrome manifests in connection with emotional stress and is comorbid to heterogenic mental disorders. The most effective treatment strategies include different psychotropic drugs and psychotherapy. Taking into consideration important medical and social aspects of this subtype of facial pain complex treatment strategy is necessary with he participation of psychiatrist.

Key words: persisting idiopathic facial pain, prosopalgia, mental disorders

ПИЛБ — персистирующая идиопатическая лицевая боль

Введение

Хроническая боль, согласно определению международной ассоциации по изучению боли, — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание продолжительностью более 3 месяцев, связанное с истинным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения [44]. Из определения следует, что ощущение боли может возникать не только при повреждении ткани или в условии его риска, но и при отсутствии какой-либо патологии.

Боль представляет собой сложную психофизиологическую реакцию, в структуре которой выделяют несколько компонентов: перцептивный (ощущение), когнитивный (оценка причины и условий возникновения), аффективный (эмоциональная реакция — страх, тревога, гнев, страдание) и поведенческий [38].

Около 20–25% случаев хронической боли приходится на долю болевых синдромов лицевой области [1,30,41,63].

Среди разнообразных болевых ощущений в челюстно-лицевой области выделяется группа алгий — персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ,

«атипичная лицевая боль» по МКБ-10, прозопалгия, атипичная одонталгия, болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, дизестезия полости рта, синдром «пылающего рта») [1, 8, 11, 15] не связанная с каким-либо локальным патологическим процессом. Обследования пациентов с ПИЛБ, в том числе рентгенологические, не выявляют клинически значимых отклонений от нормы [1, 11, 15, 42, 60].

Большинством авторов атипичная прозопалгия расценивается как психогенная боль, при которой отсутствуют периферические механизмы её реализации и основное место приобретают центральные механизмы, ассоциированные с психическими расстройствами [7, 8, 10].

Распространенность ПИЛБ в популяции, учитывая трудности диагностики данной патологии, достоверно не установлена. Приводимые результаты единичных эпидемиологических исследований значительно разнятся. По данным D.Mueller и соавт. (2011) частота встречаемости ПИЛБ в населении составляет около 0,03% [45]. В крупном эпидемиологическом исследовании, включавшем более 30 000 респондентов, наблюдавшихся у стоматологов, установлено, что среди пациентов с хронической болью в лице ПИЛБ диагностируется в 5,8% случаев и входит в тройку

*Контакты. E-mail: melkorcard@mail.ru. Телефон: (916) 652-64-73

самых частых причин хронической прозопалгии [59]. Согласно другим данным распространенность ПИЛБ составляет около 5–10% среди больных с хронической орофациальной болью [8, 21, 43].

Атипичная прозопалгия является диагнозом исключения [15]. Процесс дифференциально-диагностического поиска может затягиваться на несколько месяцев, иногда — лет. До верификации диагноза пациентов консультируют в среднем у 7–8 специалистов (врач общей практики, оториноларинголог, офтальмолог, дерматолог, невролог, стоматолог, челюстно-лицевой хирург, психиатр) [60].

Длительность и затруднения при диагностике атипичной прозопалгии зачастую обуславливают неадекватное медикаментозное лечение и необоснованные оперативные вмешательства, в том числе повторные [1, 40]. Около 24% пациентов с ПИЛБ до выставления диагноза подвергаются неоправданной экстракции одного и более зубов [1, 23]. Ошибочный диагноз при лицевой боли выставляют в 48% случаев [7].

При этом ПИЛБ представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, поскольку значительно снижает качество жизни и трудоспособность пациентов, а также требует высоких затрат на обследование и лечение [8, 11, 61].

Согласно наблюдениям, ПИЛБ чаще (60–90%) страдают женщины [1, 11, 13, 15, 24, 60, 63].

Средний возраст манифестации ПИЛБ 40–58 лет [1, 34, 43, 53, 57, 63].

Во многих публикациях встречаются указания на то, что данный вид хронической боли, наряду с другими провоцирующими факторами (травмы, хирургическое вмешательство в области лица, стоматологическое лечение, инфекционные заболевания [15, 35, 41, 60]) часто манифестирует после психоэмоционального стресса [1, 11, 41, 60]. К примеру, по данным М. Takenoshita и соавт. (2010) 50% пациентов с атипичной одонтогической связывают появление боли со стрессовыми ситуациями [57]. В исследовании, проведенном Е.Т. Суановой и соавт. (2013) установлено, что у 29% пациентов ПИЛБ дебютирует после психоэмоционального стресса [11].

Усиление боли также часто провоцируют не только физическая нагрузка, холод, но и психоэмоциональный стресс, «переутомление» [1, 11, 35, 60].

Клиническая картина атипичной прозопалгии реализуется болью в лице, которая беспокоит пациента в течение длительного периода времени (до нескольких десятков лет) в отсутствие какого-либо локального патологического процесса [15]. Возможно наличие безболевого промежутков [35, 43]. Пациентам

с ПИЛБ свойственны красочность и необычность жалоб, вычурность описываемого рисунка боли [5]. По характеру боль полиморфная, но в большинстве случаев описывается как «тупая», «ноющая», «распространенная», «не пароксизмальная», «глубокая», без четкой локализации и нивелирующая в ночное время [11, 61]. У ряда пациентов наблюдается симметричность, миграция или очередность (то на одной, то на другой стороне лица) боли [1, 35, 40, 43]. Некоторые пациенты жалуются на отечность лица в области болевых ощущений, однако при объективном осмотре отечности не выявляют [40]. Подобные характеристики ПИЛБ сближают её с описаниями сенестопатий и сенесталгий [7].

Критерии ПИЛБ согласно МКГБ-2 [1, 9, 33, 63, 64] также указывают на неорганический генез ощущений. В частности, при обследовании больных рентгенологически и другими объективными исследованиями, не выявляются какие-либо патологические изменения в тканях, а применение местной анестезии не дает положительных результатов [15, 41]; объективное выпадение чувствительности и другие неврологические симптомы отсутствуют [1, 28, 46]; локализация боли не совпадает с областью иннервации ни одной из ветвей краниальных нервов [11, 52]; несмотря на то, что боль присутствует в течение всего или большей части дня, во время сна она не беспокоит пациентов, возобновляясь через некоторое время после пробуждения [43, 60].

В немногочисленных работах рассматриваются вопросы личностной предрасположенности к атипичной прозопалгии. Некоторые авторы в этой связи делают акцент на истерические черты пациентов [60]. Другие отмечают преобладание возбудимого и эмоционально неустойчивого типов личностных акцентуаций [1, 11, 62]. Некоторые исследователи отмечают интровертированность больных [2, 43]. Кроме того, в публикациях сообщается о высоком уровне личностной тревожности у пациентов с ПИЛБ и их склонности к фиксации на неприятных и болевых ощущениях [5, 11, 12, 27], а также избегающего поведения по типу «ухода в болезнь» [1, 11, 62].

Исходя из весьма противоречивых результатов исследований, R.J. Gatchel (1996) предполагает наличие только неспецифической взаимосвязи между личностными особенностями и хронической болью, но какого-либо устойчивого синдрома «болевого личностности» не выделяет [32].

Одна из главных характеристик ПИЛБ — коморбидность с гетерогенными психическими расстройствами [15, 60].

При хронических прозопалгиях психическую патологию выявляют у 60–80% пациентов [5, 35, 47, 57, 58, 61].

В 1985 году R.A.Remick и B.Blasberg представили результаты своих наблюдений, согласно которым аффективные расстройства верифицируют у 16% пациентов с атипичной лицевой болью, соматоформные — у 15%, психотические — у 6% [50]. J.Steiner и соавт. (2007) в анализе клинического случая рассматривают ПИЛБ как редкое проявление соматосенсорных галлюцинаций [56].

В последующих публикациях указывается на преобладание при ПИЛБ расстройств тревожного и депрессивного спектра [4, 47]. Так, депрессию описывают у 10–100% (большой депрессивный эпизод — у 1,5–52% пациентов, дистимия — у 25–48%, рекуррентное депрессивное расстройство — у 66%) [3, 11, 49], тревожные (генерализованное, паническое) расстройства — у 16–90% [12, 16, 18, 22, 27, 47, 57].

Кроме того, у большинства (до 95%) больных с атипичной прозопалгией обнаруживают симптомы соматоформных (синдром раздраженного кишечника, гипервентиляционный синдром, нейродермит, синдром предменструального напряжения, кожный зуд, дорсалгии, цефалгии) [25, 35, 40, 60] и соматовегетативных расстройств (колебания артериального давления (67,5%), склонностью к тахикардии (65%), ярко-красным стойким дермографизмом (53%), гипертонией конечностей (54%)) [12].

Единичные исследования посвящены коморбидности ПИЛБ и шизофрении [43]. А.Б.Данилов (2012) отмечает, что ПИЛБ может развиваться у пациентов с шизофренией [5]. По данным М.Takenoshita и соавт. (2010) сенесто-ипохондрическая форма шизофрении выявляется у 2,7% пациентов с атипичной одонталгией [57].

При анализе литературных данных обращает на себя внимание отсутствие среди исследователей единого мнения о роли психических расстройств у пациентов с ПИЛБ.

С одной стороны, после описания феномена атипичной прозопалгии многие авторы причисляют её к психалгиям [17]. С.Feinmann и соавт. (1984), J.Linn и соавт. (2007) называют атипичную лицевую боль психогенной [24, 36]. Т.Shamim высказывает предположение, что среди всех факторов, оказывающих влияние на развитие ПИЛБ, психическим расстройствам принадлежит решающее значение [51]. В.А.Карлов (2010) также рассматривает «лицевую психалгию» как одну из форм атипичных прозопалгий и определяет её как разновидность психогенной боли.

По мнению многих исследователей, аффективные расстройства играют важную предрасполагающую роль в патогенезе ПИЛБ, которая формируются в рамках маскированной депрессии [8, 24, 26, 35].

К.V.Slavin и соавт. (2007), а также М.Н.Дмитриев и Н.С.Дмитриева (2011) описывают ПИЛБ в рамках соматоформного болевого расстройства [6, 53].

С другой стороны, патологические процессы в области лица могут обуславливать развитие психических расстройств [7, 55], поэтому в ряде работ исследователи расценивают психические расстройства при атипичной лицевой боли, как последствия «жизни с болью» и указывают на формирование у пациентов «патологического поведения в болезни» (ограничительное поведение, социальная инвалидизация и т.д.) [4, 27, 32]. По данным А. Woda и соавт. (1999) пациентам свойственны ипохондрия и нозофобии, в особенности канцерофобия, которые, как считают авторы, определяют настойчивое желание больного проходить разнообразные, в том числе инвазивные, обследования [60]. По мнению А.М. Вейна и А.Б. Данилова (2004) настойчивое побуждение к новым или повторным исследованиям и вмешательствам определяется развитием синдрома Мюнхгаузена [2]. S.B. Graff-Radford и W.K. Solberg (1992), А.М. Hegarty и J.M. Zakrzewska (2011), А.Б. Данилов (2012) считают депрессию следствием атипичной одонталгии и расценивают её как реактивную [5, 33, 35].

Наконец, в интегративной модели формирования ПИЛБ описывается «порочный круг», в котором боль и депрессия усугубляют и видоизменяют друг друга [12], а также проводится параллель между звеньями патогенеза депрессии и хронической боли и указываются общие нейрохимические механизмы (недостаточность серотонинергических и норадренергических систем мозга) [18, 58].

Согласно суждению многих авторов, в отсутствие психотропных препаратов фармакотерапия зачастую оказывается малоэффективной, а хирургическое лечение неэффективно вовсе и в некоторых случаях даже усугубляет болевой синдром [1, 2, 15, 37, 53].

Учитывая рекурсивную взаимообусловленность боли и депрессии, в лечении хронических алгических синдромов лидирующие позиции занимают антидепрессанты. По разным оценкам применение антидепрессантов эффективно у 50–75% пациентов с прозопалгиями [14, 39]. В последние годы приоритетными в лечении хронической боли признаются тимолептики, обладающие серотонинергической активностью: полициклические и ингибиторы обратного захвата серотонина [1, 29, 31, 63]. В нескольких исследованиях демонстрируется более выраженный и продолжительный анальгетический эффект антидепрессантов, подавляющих обратный захват двух нейромедиаторов — серотонина и норадреналина [13, 22, 23, 31, 54].

Исследователи, рассматривающие депрессию как причину хронической идиопатической боли, ут-

верждают, что именно тимолептический эффект является важнейшим в купировании алгии [2, 38].

Другие авторы полагают, что противоболевой эффект антидепрессантов не зависит от их влияния на аффект [41, 43].

В соответствии с отдельными публикациям антидепрессанты улучшают качество жизни пациентов с хронической болью за счет действия на аффект, но мало влияют на выраженность самой боли [31].

Соответственно, высказываются противоречивые мнения и относительно эффективных и достаточных доз антидепрессантов у пациентов с ПИЛБ. Одни авторы полагают, что суточные дозы и длительность приема антидепрессантов не должны отличаться от рекомендуемых в психиатрической практике [19, 20]. Другие утверждают, что клинический анальгетический эффект наступает раньше и при меньших дозах, чем антидепрессивный [31, 39].

В связи с этими противоречиями, диапазон предлагаемых для терапии ПИЛБ дозировок антидепрессантов довольно широк, и эффективную дозу препарата предлагается подбирать индивидуально.

В литературе представлена информация о целесообразности присоединения анксиолитиков (бензодиазепины) к терапии ПИЛБ [7, 8, 12]. При этом одни авторы обосновывают свои рекомендации, признавая участие тревоги в механизмах хронизации боли [12]. Другие подчеркивают роль анксиолитической терапии в улучшении качества жизни за счет уменьшения вторичной по отношению к боли тревоги и связанных с ней расстройств сна и напряжения лицевой мускулатуры [7]. Помимо этого, по мнению некоторых авторов, анксиолитики способны потенцировать анальгетическое действие нестероидных противовоспалительных средств, поэтому более выраженный противоболевой эффект достигается при комбинации этих двух групп препаратов [8, 12, 37].

При наличии ассоциированных с болевым синдромом ипохондрических расстройств отдельные авторы рекомендуют применение нейролептиков [2, 56]. По мнению В.А. Карлова (2010) комбинация антидепрессантов с антипсихотиками (галоперидол, тиоридазин и др.) позволяет достичь хороших результатов в лечении лицевых психалгий [7]. В исследованиях показана эффективность терапии атипичной одонталгии нейролептиками фенотиазинового ряда в сочетании с антидепрессантами [13, 43]. М.Ю. Максимова и соавт. (2012) рекомендуют применять нестероидные противовоспалительные препараты в комбинации с нейролептиками для усиления и продления анальгетического эффекта в терапии ПИЛБ [8].

Также в публикациях рекомендуется назначать при ПИЛБ комбинированную терапию антидепрессантами и нормотимиками (антиконвульсантами) [1, 15, 48]. При этом согласно результатам современных исследований, использование нормотимиков с противоболевым действием (карбамазепин, габапентин, прегабалин, ламотриджин) в качестве монотерапии при ПИЛБ малоэффективно [13].

Значимое место в лечении хронической прозопалгии отводится психотерапии, направленной на разубеждение в наличии тяжелого заболевания, коррекцию искаженного образа своей болезни, выстраивание адекватной стратегии преодоления боли, а также на разрешение психотравмирующих ситуаций, способствующих возникновению или усилению боли [7]. При этом когнитивно-поведенческая терапия, релаксационные методики и гипноз при ПИЛБ демонстрируют наилучшие результаты на фоне применения антидепрессантов и анксиолитических средств [1, 2, 63].

Согласно рекомендациям В.А. Карлова (2010) при терапии прозопалгий уместно применение ноотропных препаратов с ГАМКергической активностью (ноотропил, оксибутират натрия, пантогам и др.) [7].

Обсуждение

Исходя из представленных в литературе данных и собственного клинического опыта, можно заключить, что атипичная прозопалгия является важной медицинской и социальной проблемой, обусловленной психосоматическим характером болевых ощущений. Личностные и психопатологические факторы играют важную роль в развитии прозопалгии. Однако представления о роли патохарактерологических расстройств и психической патологии в формировании ПИЛБ у исследователей зачастую противоположны.

Более точному пониманию взаимосвязи между личностью, психической патологией и ПИЛБ препятствует ряд факторов.

Во-первых, отсутствует единая полноценная стратегия обследования пациентов. Большинство исследований ПИЛБ выполнены интернистами (неврологи, стоматологи, челюстно-лицевые хирурги) или психологически ориентированными авторами, без участия психиатра. В качестве основных диагностических методик для определения патохарактерологических и психопатологических расстройств в этих исследованиях используются скрининговые психометрические шкалы и опросники без учета клинико-психопатологического обследования.

Во-вторых, практически отсутствуют целенаправленные исследования по изучению патохарактеро-

логических особенностей, а также психических расстройств пациентов с ПИЛБ, способствующих формированию именно прозопалгии. Ни одна теория о роли психической патологии при ПИЛБ не является общепринятой, и среди исследователей нет единого мнения относительно характера взаимодействия и причинно-следственных отношений алгических ощущений и психопатологических расстройств. Тем не менее, как отмечено выше, большинство исследований сосредоточено на связи атипичной прозопалгии с депрессией и тревогой.

В-третьих, представляется необходимым проверка гипотезы о возможности независимого друг от друга развития боли и депрессии/тревоги [2], т.к. по некоторым данным у многих пациентов с хронической болью аффективные и тревожные расстройства имеют место ещё до её появления [47].

В-четвертых, практически отсутствуют репрезентативные данные об эффективности дифференцированной психофармакотерапии ПИЛБ с применением современных антидепрессантов, анксиолитиков и антипсихотиков.

Заключение

В связи с отсутствием согласованных и верифицированных представлений об этиологии и патогенезе ПИЛБ рассматривается как полиэтиологический синдром, обусловленный психопатологическими, миогенными или ятрогенными факторами. С учетом многочисленных данных о коморбидности с гетерогенной психической патологией для диагностики и лечения ПИЛБ следует рекомендовать мультидисциплинарный подход с обязательной консультацией пациента у психиатра или психотерапевта [1, 48]. Признанное влияние психической патологии как на поддержание и усиление болевых ощущений, так и на качество жизни пациентов, обуславливает дальнейшее изучение роли личностных и психопатологических расстройств в развитии и динамике атипичной прозопалгии в аспекте разработки дифференцированной психофармакотерапии и поддерживающей психотерапии.



Список литературы:

1. Азимова Ю.Э., Сергеев А.В., Табеева Г.Р. Персистирующая идиопатическая лицевая боль. Российский журнал боли. 2011; 3-4: 3-7.
2. Вейн А.М., Данилов А.Б. Болевые синдромы в неврологической практике. МЕДпресс-информ. Москва. 2001; 368.
3. Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия. Психиатрия и психофармакология. 2000; 1: 4-7.
4. Данилов А.Б., Голубев В.Л. О концептуальной модели перехода острой боли в хроническую. РМЖ (Спец. вып. «Болевой синдром»). 2009: 11-14.
5. Данилов А.Б. Атипичная лицевая боль. Материалы научно-практической конференции. Нейростоматология: вчера, сегодня, завтра. 2012: 114-115.
6. Дмитриев М.Н., Дмитриева Н.С. Алгоритм дифференциальной диагностики патологических ощущений. Российский журнал боли. 2011; 2: 21-22.
7. Карлов В.А. Лицевая боль. Лекция. Журнал неврологии и психиатрии. 2010; 5: 90-100.
8. Максимова М.Ю., Суанова Е.Т., Синева Н.А., Водопьянов Н.П. Диагностические аспекты персистирующей идиопатической лицевой боли. Материалы научно-практической конференции «Нейростоматология: вчера, сегодня, завтра». 2012; 1: 39-57.
9. Международная классификация головной боли 2-ое издание (полная русскоязычная версия). 2006; 380.
10. Орлова О.Р., Мингазова Л.Р., Филатова Е.Г. Лицевые боли. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль — актуальная междисциплинарная проблема». Смоленск. 2009; 81-114.
11. Суанова Е.Т. Клинические и электрофизиологические аспекты атипичной лицевой боли. Диссер. канд. мед. наук. Москва. 2013.
12. Шаров М.Н., Фищенко О.Н. Современные стратегии терапии атипичных лицевых болей. Эффективная фармакотерапия. Клинические исследования. 2013; 32: 12-16.
13. Abiko Y., Matsuoka H., Chiba I., Toyofuku A. Current evidence on atypical odontalgia: diagnosis and clinical management. Int J Dent. 2012; 2012: 518548.
14. Adelman L.C., Adelman J.U., Von Seggern R., Mannix L.K. Venlafaxine extended release (XR) for the prophylaxis of migraine and tension-type headache: a retrospective study in a clinical setting. Headache. 2000; 40: 572-580.
15. Agostoni E., Frigerio R., Santoro P. Atypical facial pain: clinical considerations and differential diagnosis. Neurol Sci. 2005; 26(2): 71-74.
16. Asmundson G.J., Jacobson S.J., Allerdings M.D., Norton G.R. Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain. Behavior Research and Therapy. 1996; 34: 939-943.
17. Baile W.F., Myers D. Psychological and behavioral dynamics in chronic atypical facial pain. Anesthesia progress. Anesth Prog. 1986; 33(5): 252-257.
18. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch. Intern. Med. 2003; 163(20): 2433-2445.
19. Brannan S.K., Mallinckrodt C.H., Brown E.B., Wohlreich M.M., Watkin J.G., Schatzberg A.F. Duloxetine 60 mg once-daily in the treatment of painful physical symptoms in patients with major depressive disorder. J. Psychiatr. Res. 2005; 39(1): 43-53.
20. Briley M. Clinical experience with dual action antidepressants in different chronic pain syndromes. Hum Psychopharmacol. 2004; 9(1): 21-25.
21. Clark G.T. Persistent orodental pain, atypical odontalgia, and phantom tooth pain: When are they neuropathic disorders? Journal of the California Dental Association. — 2006; 34: 599-609.
22. Cobo-Realpe B.L., Alba-Delgado C., Bravo L., Mico J.A., Berrocoso E. Antidepressant drugs and pain. Effects of Antidepressants. 2012; 1: 144-162.
23. Evans R.W. Persistent idiopathic facial pain. Headache. 2006; 46: 1298-1300.

24. Feinmann C., Harris M., Cawley R. Psychogenic facial pain: presentation and treatment. *Br. Med. J.* 1984; 288: 436-438.
25. 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: 397-402.
26. Fields H. Depression and pain: a neurobiological model. *Neuropsychol. Behav. Then.* 1991; 4: 83-92.
27. Fishbain D.A., Cutler R., Rosomoff H.L., Rosomoff R.S. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin. J. Pain.* 1997; 13: 116-137.
28. Forssell H., Tenovuo O., Silvonemi P., Jääskeläinen S.K. Differences and similarities between atypical facial pain and trigeminal neuropathic pain. *Neurology.* 2007; 69: 1451-1459.
29. Forssell H., Tasmuth T., Tenovuo O., Hampf G., Kalso E. Venlafaxine in the treatment of atypical facial pain: a randomized controlled trial. *J. Orofac. Pain.* 2004; 18(2): 131-137.
30. Galeotti F. Neurophysiological assessment of craniofacial pain. *J. Headache Pain.* 2006; 7(2): 61-69.
31. Ganzberg S. Pain management part II: pharmacologic management of chronic orofacial pain. *Anesth. Prog.* 2010; 57: 114-119.
32. Gatchel R.J. Psychological disorders and chronic pain: Cause- and effect relationships. Gatchel R.J. and Turk D.C. (Eds.). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook.* 1996: 33-52.
33. Graff-Radford S.B., Solberg W.K. Atypical odontalgia. *J. Craniomandib. Disord. Oral Facial Pain.* 1992; 6: 260-265.
34. Hagelberg N., Forssell H., Aalto S., Rinne J.O., Scheininc H., Taiminen T., Nagrenc K., Eskola O., Jääskeläinen S.K. Altered dopamine D2 receptor binding in atypical facial pain. *Pain.* 2003; 106: 43-48.
35. Hegarty A.M., Zakrzewska J.M. Differential diagnosis for orofacial pain, including sinusitis, TMD, trigeminal neuralgia. *J Dental Update (Oral Medicine).* 2011; 38(6): 396-406.
36. Linn J., Trantor I., Teo N., Thanigaivel R., Goss A.N. The differential diagnosis of toothache from other orofacial pains in clinical practice. *Australian Dental Journal Endodontic Supplement.* 2007; 52: 100-104.
37. List T., Axelsson S., Leijon G. Pharmacologic interventions in the treatment of temporomandibular disorders, atypical facial pain, and burning mouth syndrome. A qualitative systematic review. *Journal of orofacial. pain.* 2003; 17(4): 301-310.
38. Loeser J.D., Turk D.C. Multidisciplinary Pain Management. *Bonica's management of pain.* 2001; 3: 2069-2079.
39. Lynch M.E. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci.* 2001; 26(1): 30-36.
40. Madland G., Feinmann C. Chronic facial pain: a multidisciplinary problem. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001; 71: 716-719.
41. Madland G., Newton-John T., Feinmann C. Chronic idiopathic orofacial pain: What is the evidence base? *British Dental Journal.* 2001; 191: 22-24.
42. Maier C., Hoffmeister B. Management and treatment of patients with atypical facial pain. *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 1989; 44: 977-983.
43. Melis M., Lobo S.L., Ceneviz C., Zawawi K., Al-Badawi E., Maloney G., Mehta N. Atypical odontalgia: a review of the literature. *Headache.* 2003; 43(10): 1060-1074.
44. Merskey H., Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 1994; 222.
45. Mueller D., Yoon M.S., Obermann M., Poitz F., Hansen N., Slomke M.A., Dommès P., Gizewski E.R., Diener H.C., Katsarava Z. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. *Cephalalgia.* 2011; 31(15): 1542-8.
46. Pfaffenrath V., Rath M., Pöhlmann W., Keeser W. Atypical facial pain — application of the IHS criteria in a clinical sample. *Cephalalgia.* 1993; 13(12): 84-88.
47. Polatin P.B., Kinney R.K., Gatchel R.J., Lillo E., Mayer T.G. Psychiatric illness and chronic low back pain. *Spine.* 1993; 18: 66-71.
48. Ram S., Teruel A., Kumar S. K. S., Clark G. Clinical characteristics and diagnosis of atypical odontalgia: implications for dentists. *Journal of the American Dental Association.* 2009; 140(2): 223-228.
49. Rees R. T., Harris M. Atypical odontalgia. *British Journal of Oral Surgery.* 1979; 16(3): 212-218.
50. Remick R.A., Blasberg B. Psychiatric aspects of atypical facial pain. *J. Can. Dent. Assoc.* 1985; 51: 913-916.
51. Shamim T. The psychosomatic disorders pertaining to dental practice with revised working type classification. *Korean J. Pain. —* 2014; 27(1): 16-22.
52. Siccoli M.M., Bassetti C.L., Sándor P.S. Facial pain: clinical differential diagnosis. *Lancet Neurol.* 2006; 5: 257-267.
53. Slavin K.V., Nersesyan H., Colpan M.E., Munawar N. Current algorithm for the surgical treatment of facial pain. *J Head and face medicine.* 2007; 3(30): 1-8.
54. Smith D., Dempster C., Glanville J. Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis. *Br J Psychiat.* 2002; 180: 396-404.
55. Smith D.P., Pilling L.F., Pearson J.S., Rushton J.G., Goldstein N.P., Gibilisco J.A. A psychiatric study of atypical facial pain. *Canad. Med. Ass. J.* 1969; 100: 286-291.
56. Steiner J., Bogerts B., Hoffmeyer D., Brinkers M. Zönästhesien als eine seltene Differenzialdiagnose zum anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz. *Der Nervenarzt.* 2007; 78: 198-201.
57. Takenoshita M., Sato T., Kato Y., Katagiri A., Yoshikawa T., Sato Y., Matsushima E., Sasaki Y., Toyofuku A. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2010; 6: 699-705.
58. Tyrer S.P. Psychiatric Assessment of Chronic Pain. *Brit. J. Psychiat.* 1992; 160: 733-741.
59. Wirz S., Ellerkmann R.K., Buecheler M., et al. Management of chronic orofacial pain: a survey of general dentists in german university hospitals. *Pain Med.* 2010; 11: 416-424.
60. Woda A., Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. *J. Orofac. Pain. —* 1999; 13: 172-195.
61. Zakrzewska J.M. Facial pain: neurological and non-neurological. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. —* 2002; 72(2): 27-32.
62. Zakrzewska J.M. *Orofacial pain.* Oxford University Press. New York. 2009; 196.
63. Zakrzewska J.M. *Facial pain. Evidence-Based Chronic Pain Management.* 2010: 134-150.
64. Zebenholzer K., Wober C., Vigl M., Wessely P., Wober-Bingol C. Facial pain in a neurological tertiary care centre — evaluation of the International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia.* 2005; 25: 689-699.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов



Уважаемые коллеги!

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Факультета повышения квалификации медицинских работников
Медицинского института РУДН

29 октября 2015 года, 11.00 – 17.00

Приглашает Вас принять участие в научно-практической конференции для неврологов, терапевтов, психиатров, психотерапевтов и врачей общей практики:

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ: СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

Место проведения:

г. Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28. Поликлиника № 1 УДП РФ, конференц-зал

Тематики докладов:

- ✓ Государственная и частная модели организации психиатрической помощи
- ✓ Аффективные расстройства
- ✓ Тревожные расстройства
- ✓ Когнитивные нарушения
- ✓ Шизофрения и расстройства шизофренического спектра
- ✓ Расстройства личности
- ✓ психосоматические расстройства
- ✓ Психические расстройства детского и подросткового возраста
- ✓ психические расстройства пациентов пожилого возраста
- ✓ Психофармакотерапия
- ✓ Оценка эффективности различных форм оказания медицинской помощи психическим больным в условиях деинституализации психиатрических служб

По окончании конференции всем участникам выдается официальное

“СВИДЕТЕЛЬСТВО ОБ УЧАСТИИ”

установленного образца с указанием темы конференции
и количества академических часов.



Технический организатор мероприятия —
журнал «Архивъ внутренней медицины»