

Нейроваскулярная орофациальная боль

Введение

Орофациальная боль потенциального нейрососудистого происхождения может маскироваться под одонтогенную боль таким образом, что большая часть пациентов с мигренью или тригеминальной вегетативной цефалгией прибегают к помощи лекарственных средств от зубной боли. Ввиду многообразия разновидностей нейроваскулярной орофациальной боли (НОБ) и отсутствия патофизиологической общности, данный информационный бюллетень рассматривает наиболее распространенные категории НОБ, а именно, одонтогенную или зубную боль, мигрень, головную боль напряжения, тригеминальные вегетативные цефалгии и другие опасные виды головных болей, которые имитируют одонтогенную боль и темпоромандибулярные расстройства. Данный информационный бюллетень не стремится переписать уже установленную классификацию головной боли^{1,2} в целях получения представления о диагностических трудностях в тех случаях, когда орофациальная боль имеет ту же локализацию, что и зубная боль.

Клинические особенности, патофизиология, диагностические критерии

Последующие разделы обобщают те головные боли либо нейроваскулярные синдромы, которые могут потенциально имитировать зубную или орофациальную боль. Данный раздел взят из информационного бюллетеня IASP, подготовленного в рамках Всемирного года против головной боли³.

Эпидемиология головной боли, имитирующей одонтогенную боль

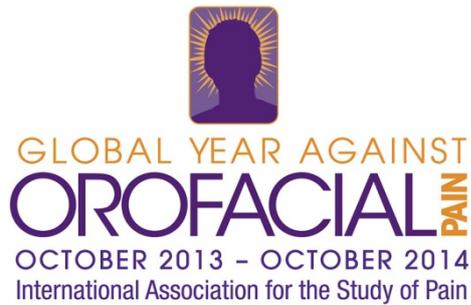
Головные боли являются наиболее распространенными неврологическими расстройствами и находятся в числе самых распространенных симптомов, наблюдаемых в общей врачебной практике. Половина всего населения отмечает головные боли в том или ином году, и более 90% сообщают о наличии головных болей на протяжении жизни.

Мигрень

Люди, страдающие мигренью, ощущают периодические, сильные приступы головной боли, с потерей трудоспособности, часто односторонние и пульсирующие, наряду с симптомами нарушения чувствительной сферы, такими как фотофобия, фонофобия и гиперосмия. Тошнота и ригидность затылочных мышц часто являются характерными признаками. Мигренозные симптомы могут усиливаться при движении.

Дифференциальная диагностика: Одонталгия

Согласно имеющимся данным, порядка 50% пациентов с НОБ выставляется неверный диагноз и ошибочно назначается первичное лечение. Подавляющее большинство жалоб, связанных с мигренью, чрезвычайно схоже с таковыми при зубной боли. Действительно, мигрень без ауры, затрагивающая



вторую ветвь тройничного нерва (односторонняя, пульсирующая боль средней части лица) имитирует одонталгию в тех случаях, когда пациенты могут проходить эндодонтическое лечение или удаление зуба.

Дифференциальная диагностика: Темпоромандибулярное расстройство

Повышенная чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц и аллодиния, общие признаки мигрени с или без ауры могут быть неверно интерпретированы как боль в жевательных мышцах, являющаяся вторичной по отношению к темпоромандибулярному расстройству, приводя к ортопедическим вмешательствам, которые не имеют под собой физиологической основы. Центральная сенситизация, которая приводит к цервикальной боли, может распространиться в направлении головы и быть расценена как миофасциальная боль с иррадиацией.

Головная боль напряжения

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее распространенной формой головной боли. Распространенность эпизодической ГБН в течение жизни приблизительно 80%, а хронической ГБН - 3%. Частота встречаемости заболевания среди женщин немного выше, чем среди мужчин. Пик возраста манифестации заболевания приходится на период 35-40 лет, и представленность снижается с возрастом у обоих полов.

Дифференциальный диагноз: Темпоромандибулярное расстройство

Повышенная чувствительность или боль в жевательных мышцах является общим признаком темпоромандибулярных расстройств. Боль или чувство мышечного напряжения, особенно, в перикраниальной области, может быть ошибочно диагностировано как мышечно-скелетное темпоромандибулярное расстройство^{4,5,6}.

Тригеминальные вегетативные головные боли (ТВГБ)

К данной группе относятся кластерные головные боли, пароксизмальные гемикрании и hemicrania continua. В патогенезе этих идиопатических головных болей имеет место активация тригеминоваскулярных ноцицептивных проводящих путей наряду с рефлекторной активацией краниального отдела вегетативной нервной системы.

Все эти синдромы, сопровождающиеся головной болью, имеют две общие особенности: кратковременные, унилатеральные, тяжелые приступы головной боли и типичные сопровождающие симптомы со стороны вегетативной нервной системы.

Дифференциальный диагноз: Одонталгия

Локализованная и интенсивная боль, связанная с различными тригеминальными вегетативными цефалгиями, особенно, боль в периорбитальной области и в области верхней челюсти, зачастую

приводит к стоматологическим вмешательствам и, в результате, к потере зубов. Недавно Международное общество по изучению головной боли (IHS – International Headache Society) классифицировало продолжительную гемикранию как ТВГБ. Это хроническое унилатеральное болевое расстройство также представляет собой риск определения как в качестве одонталгии, так и темпоромандибулярного расстройства.

Дифференциальный диагноз: Невралгия тройничного нерва

Смотрите информационные бюллетени: [Невралгия тройничного нерва](#) и [Персистирующая идиопатическая лицевая боль](#).

Абузусная головная боль

Абузусная головная боль появляется вследствие избыточного применения лекарственных препаратов, носит хронический характер и может развиваться у пациентов, страдающих от первичной головной боли (особенно, мигрени). Избыточное применение лекарственных препаратов представляет собой серьезный фактор риска увеличения частоты головной боли; оно может способствовать трансформации головной боли из эпизодической в хроническую.

Дифференциальный диагноз: Темпоромандибулярное расстройство

Повышенная чувствительность или боль в жевательных мышцах является общим признаком темпоромандибулярных расстройств. Подобно другим ГБН, здесь также может наблюдаться чувство мышечного напряжения, особенно перикраниальной мускулатуры, которое ошибочно может быть диагностировано как мышечно-скелетная орофациальная боль.

Невралгия тройничного нерва и персистирующая идиопатическая лицевая боль

Невралгия тройничного нерва (НТН) представляет собой унилатеральное болевое расстройство, которое характеризуется кратковременными болями, напоминающими удар электрическим током, внезапно начинающееся и заканчивающееся и ограниченное зоной иннервации одной или более ветвей тройничного нерва.⁷

НТН может быть спровоцирована неболевыми воздействиями на слизистую, такими как чистка зубов, прием пищи или употребление напитков.

Дифференциальный диагноз: Хроническая персистирующая альвеолярная боль

Персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ), обозначавшаяся ранее термином «атипичная лицевая боль», определяется как постоянная лицевая боль, не имеющая характеристик краниальной невралгии и не связанная с другими причинами. ПИЛБ, одна из форм болевой нейропатии, может развиваться вторично в ответ на повреждение или патологию системы тройничного нерва. Поскольку в стоматологии ежедневно выполняются процедуры, которые потенциально могут повредить

тригеминальную иннервацию, после стоматологического лечения повышается риск развития болевых нейропатий. Согласно статистике, их встречаемость невелика, однако, тенденцию к выполнению дополнительных стоматологических вмешательств в случаях ПИЛБ следует сдерживать при отсутствии точного диагноза.

Хроническая персистирующая альвеолярная боль⁹, изначально именуемая атипичной одонталгией (АО) рассматривается как ПИЛБ и с трудом поддается диагностике и лечению. Она возникает в зубах или местах удаления зубов, обычно у больных, которые не раз подвергались различным методам лечения. Характер боли может варьировать от тупой и слабой до продолжительной и сильной. Для нее характерна устойчивость к обезболивающим препаратам и блокадам.

Кратковременная стреляющая головная боль

Стреляющие головные боли, длящиеся несколько секунд, бывают трех типов: (1) первичная и симптоматическая стреляющая головная боль, (2) первичная и симптоматическая головная боль при кашле и (3) кратковременные односторонние невралгiformные головные боли с инъекированием конъюнктивы и слезотечением (SUNCT синдром).

Дифференциальная диагностика: Одонталгия

Вследствие локализации и интенсивности, а также потенциального риска увеличения дискомфорта в связи с повышением внутричерепного давления (кашель), ТВГБ и НТН легко принять при проведении диагностики как за одонталгию, так и за мигрень.

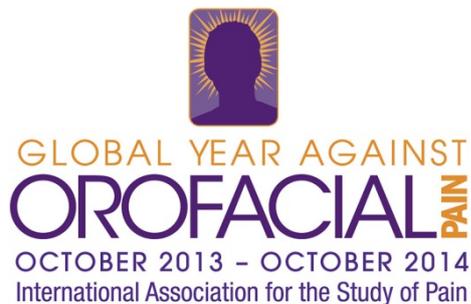
Височный (гигантоклеточный) артериит

Височный или гигантоклеточный артериит не относится к невровазкулярной головной боли, однако упоминается в данном информационном бюллетене как головная боль сосудистого происхождения с угрожающими жизни осложнениями в случае неточной диагностики и неадекватного лечения.

Дифференциальная диагностика: миалгия жевательной мускулатуры, миофасциальная боль, темпоромандибулярное расстройство. Данное состояние обычно ассоциировано с манифестацией головной боли, не возникавшей ранее, в одной или обеих височных областях.

Типичный пациент, обычно, в возрасте 50 лет и старше, с жалобами на тупую боль в височной области, утомляемость жевательных мышц, боль в области височно-нижнечелюстного сустава и головную боль, которая появилась недавно, носит хронический характер и, возможно, прогрессирует.

Может наблюдаться умеренная или сильная головная боль, полимиалгия и клаудикация жевательных мышц. Может наблюдаться раздутая и чувствительная артерия кожи головы, обычно поверхностная височная артерия, повышенные скорости оседания эритроцитов и уровни С-реактивного белка. Результаты биопсия височной артерии могут быть положительными относительно гигантоклеточного артериита.¹⁰



Данная форма головной боли не должна остаться нераспознанной, поскольку она имеет потенциально серьезные последствия. При отсутствии лечения, височный артериит может привести к потере зрения, инсульту или смерти.

Головная боль исчезает либо значительно уменьшается в течение трех дней применения высоких доз стероидов.

Литература

1. Olesen J, et al; The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society, Cephalalgia, 33(9) 629-808 2013.
2. IASP Всемирный год против головной боли Информационный бюллетень 2011-2012 www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstHeadache/FactSheets
3. Nilsson IM, List T, Drangsholt M, Headache and Co-morbid Pains Associated with TMD Pain in Adolescents, J Dent Res. 2013 Sep;92(9):802-7. doi: 10.1177/0022034513496255. Epub 2013 Jun 27.
4. da Silva Junior AA, Krymchantowski AV, Gomes JB, Leite FM, Alves BM, Lara RP, Gómez RS, Teixeira AL. Temporomandibular disorders and chronic daily headaches in the community and in specialty care. Headache. 2013 Sep;53(8):1350-5. doi: 10.1111/head.12130. Epub 2013 May 15.
5. Schiffman E, Ohrbach R, List T, et al. Diagnostic criteria for headache attributed to temporomandibular disorders. Cephalalgia 2012;32:683-92.
6. Zakrzewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. Br J Anaesth 2013;111:95-104.
7. Drangsholt M, Truelove E. Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder. J Evid Base Dent Pract 2001;1:41-50.
8. Durham J, Exley C, John MT, Nixdorf DR. Persistent dentoalveolar pain: the patient's experience. J Orofac Pain. 2013 Winter;27(1):6-13. doi: 10.11607/jop.1022.
9. Olesen J, et al; The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society, Cephalalgia, 33(9) 629-808 2013.