

Персистирующее денто-альвеолярное болевое расстройство (ПДАБ)

Определение

Стоматологи считают, что это отдельная нозологическая форма, которая проявляется персистирующим (хроническим) продолжительным болевым симптомом, локализованным в денто-альвеолярной области, и который не может быть объяснен в рамках других заболеваний или расстройств (Nixdorf et al, 2012). Данная форма, с определенной степенью неточности ранее именовалась как атипичная одонталгия, фантомная зубная боль и нейропатическая зубная боль либо выделялась, в том числе в качестве подгруппы в рамках персистирующей идиопатической или атипичной лицевой боли.

После недавно проведенной работы клиницисты и методисты пришли к единому мнению, назвав данную нозологическую форму персистирующим денто-альвеолярным болевым расстройством (ПДАБ) и предложив диагностические критерии (см. рисунок 1) (Nixdorf et al, 2012).

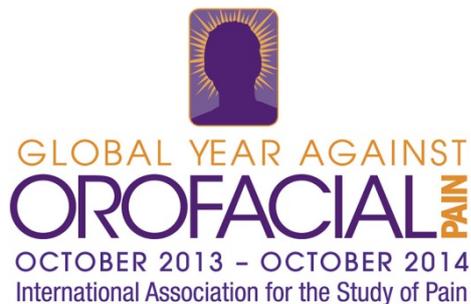
Рисунок 1. Диагностические критерии для персистирующего денто-альвеолярного болевого расстройства (ПДАБ).

ПДАБ



Критерии

1. Хроническая – означает, присутствующая не менее 8 часов/сутки ≥ 15 дней в месяц продолжительностью ≥ 3 месяцев.
2. Боль – определяется в соответствии с критериями IASP (включая дизестезию).
3. Локализованная – означает максимальное болевое ощущение, определяемое в пределах анатомической области.
4. Степень оценки неспецифична (стоматологическое, неврологическое обследование и визуализирующие методы, такие как интраоральная КТ и/или МРТ).



Эпидемиология

Точные данные о распространенности ПДАБ отсутствуют, поскольку в существующих исследованиях использовалась нерепрезентативная выборка из популяции больных. Систематический обзор выявил частоту распространения боли недентальной локализации, возникающей после лечения корневого канала (эндодонтия), которая составила 3,4%, давая, таким образом, приблизительную оценку верхнего предела (Nixdorf et al, 2010). Дальнейший обзор имеющихся данных, ограничивающийся поиском статей с информацией, указывающей на ПДАБ, позволил предположить частоту распространения в 1,6% после лечения зубов, включающего удаление чувствительного нерва и в частности, удаление или лечение корневого канала зуба (Nixdorf & Moana, 2011).

В одной из литературных статей приводятся данные о потенциальных факторах риска ПДАБ вследствие лечения корневого канала, таких как увеличенная продолжительность предоперационной боли, наличие других проблем, связанных с хронической болью, женский пол и болезненное лечение в орофациальной области в анамнезе, которые были идентифицированы как статистически достоверные факторы риска ПДАБ (Polycar-pou et al, 2005).

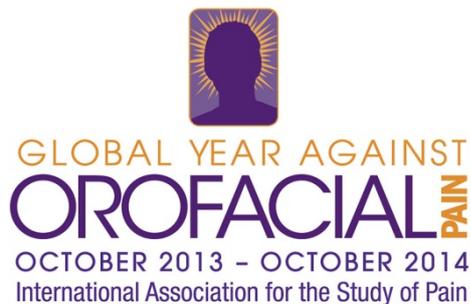
Патофизиология

Механизмы, которые, как предполагается, принимают участие в развитии ПДАБ, имеют физиологическую и нейропатическую природу. Психологические факторы у пациентов с ПДАБ изучались только в исследованиях «случай-контроль» (Jacobs et al, 2002; List et al, 2007; Takenoshita et al, 2010). В этих исследованиях сообщалось о повышенной значимости различных уровней психологического дистресса у пациентов с ПДАБ, ожидаемые данные наблюдения у пациентов с хронической болью. Нейропатические факторы у пациентов с ПДАБ также были изучены с помощью исследований «случай-контроль» с использованием психофизиологических методов оценки (например, Jacobs et al, 2002; List et al, 2009; Zagury et al, 2012; Vaad-Hansen et al, 2013).

При использовании различных психофизиологических тестов, ответы пациентов с ПДАБ были крайне вариабельны.

По оценкам имеющихся данных, как оказалось, наблюдается тенденция к снижению болевого порога на раздражители, а также увеличение интенсивности и продолжительности боли при воздействии надпороговых раздражителей.

При исследовании функции ствола головного мозга посредством корнеального рефлекса, выявлен отсроченный ответ (Vaad-Hansen et al, 2005), а блокада местными анестетиками периферической соматической иннервации не привела к значительному уменьшению боли у половины пациентов с ПДАБ (List et al, 2006). Принимая во внимание данное различие, в ПДАБ, вероятно, участвуют гетерогенные изменения функции нервной системы, затрагивающие как периферическую, так и центральную нервную систему.



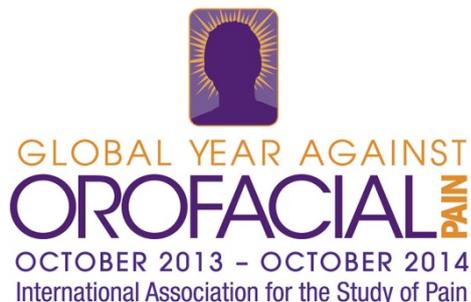
Лечение

Не было описано рандомизированных контролируемых испытаний, оценивающих исходы лечения, поэтому лечение основывается на мнении специалистов и эмпирических наблюдениях. Данные исследования серии случаев показывают, что уменьшение интенсивности боли при применении противоэпилептических средств и трициклических антидепрессантов, применяемых перорально, дает положительные результаты (Pigg et al, 2013). Сообщения о лекарственных средствах, применяемых местно в ротовой полости, выявили некоторую перспективу (Heir et al, 2008), но они имеют недостаточно клинических данных о безопасности. Помимо фармакотерапевтических подходов к лечению, считается, что междисциплинарный подход, который включает методы психологического воздействия на здоровье, такие как когнитивно-поведенческая, межличностная терапия и вегетативная регуляция (например, осознанность, релаксация) дает положительные результаты.

Полагают, что регулирование сопутствующего настроения и личностных расстройств, если таковые имеются, может благоприятно отразиться на состоянии здоровья, принимая во внимание эффективность данного подхода при других хронических болевых расстройствах. Это распространяется на темпоромандибулярные расстройства (ТМР), которые сопутствуют ПДАБ у половины пациентов (List et al, 2007). Также рекомендуется избегать инвазивных и агрессивных (необратимых) методов лечения, которые включают местное повреждение тканей (т.е. лечение корневого канала, удаление зуба, постановка импланта), поскольку предполагается, что повторное применение подобных стоматологических процедур приводит к длительному сохранению боли. Более того, не следует игнорировать рекомендации по самопомощи, которые включают психологическое консультирование, направленное на улучшение психологического настроения, уменьшение раздражения поврежденных тканей и изменение процедур гигиены полости рта.

Прогноз

Результаты эмпирического лечения противоречивы: некоторые пациенты ощущают значительное уменьшение боли, тогда как у других улучшения не наблюдается. Данные многолетних наблюдений, хотя и немногочисленные, показывают, что до одной трети пациентов ощущают значительное улучшение, а у 10% боль исчезает в течение семилетнего периода (Pigg et al, 2013). Повторные стоматологические процедуры на болезненной дентоальвеолярной области не уменьшают болевые ощущения пациента, и подобные хирургические вмешательства ассоциируются с продолжительным персистирующим данным типом боли.



Литература

Baad-Hansen L, List T, Jensen TS, Leijon G, Svensson P. Blink reflexes in patients with atypical odontalgia. *J Orofac Pain* 2005;19:239-247.

Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, Faris H, List T, Drangsholt M, Svensson P. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia--a controlled multicenter quantitative sensory testing study. *Pain* 2013;154:1287-1294.

Heir G, Karolchek S, Kalladka M, et al. Use of topical medication in orofacial neuropathic pain: A retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad and Endod* 2008;105:466-469.

Jacobs R, Wu CH, Goossens K et al. A case-control study on the psychophysical and psychological characteristics of the phantom tooth phenomenon. *Clin Oral Investig* 2002;6:58-64.

List T, Leijon G, Helkimo M, Oster A, Svensson P. Effect of local anesthesia on atypical odontalgia--A randomized controlled trial. *Pain* 2006;122:306-314.

List T, Leijon G, Helkimo M, Oster A, Dworkin SF, Svensson P. Clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia: A case-control study. *J Orofac Pain* 2007;21:89-98.

List T, Leijon G, Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia--A case-control study. *Pain* 2009;139:333-341.

Nixdorf DR, Moana-Filho EJ, Law AS, McGuire LA, Hodges JS, John MT. Frequency of nonodontogenic pain after root canal therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Endod* 2010;36:1494-1498.

Nixdorf D, Moana-Filho E. Persistent dento-alveolar pain disorder (PDAP): Working towards a better understanding. *Review Pain* 2011;5:18-25.

Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettlin DA et al. Classifying orofacial pains: A new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil* 2012;39:161-169.

Pigg M, Svensson P, Drangsholt M, List T. Seven-year follow-up of patients diagnosed with atypical odontalgia: A prospective study. *J Orofac pain* 2013;27:151-164.

Polycarpou N, Ng YL, Canavan D, Moles DR, Gulabivala K. Prevalence of persistent pain after endodontic treatment and factors affecting its occurrence in cases with complete radiographic healing. *Int Endod J* 2005;38:169-178.

Takenoshita M, Sato T, Kato Y, et al. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010;13:699-705.

Zagury JG, Eliav E, Heir GH, et al. Prolonged gingival cold allodynia: A novel finding in patients with atypical odontalgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;111:312-319.