Международная классификация орофациальной боли, 1-е издание (МКОБ)

Авторское право

Международное общество головной боли (МОГБ) является исключительным обладателем авторских прав на Международную классификацию орофациальной боли (МКОБ). Образовательным и научным учреждениям, сообществам, индивидуальным лицам разрешено свободно воспроизводить МКОБ данного и последующих изданий в научных, образовательных или клинических целях. Для воспроизведения части либо частей данной работы в коммерческих целях необходимо получить разрешение МОГБ и выплатить авторское вознаграждение. Пожалуйста, свяжитесь с издателем по адресу:

© Международное общество головной боли 2013–2020. Заявки на получение авторских прав должны быть представлены в Sage Publications Ltd, 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP, United Kingdom (tel: +44 (0) 207 324 8500; fax: +44 (0) 207 324 8600; permissions@sagepub.co.uk) (www.uk.sagepub.com).

Перевод

Международное общество головной боли беспрепятственно разрешает выполнять переводы всей МКОБ или ее части с целью клинического применения, обучения, испытания на практике и других исследований. Для получения такого разрешения перевод необходимо зарегистрировать в МОГБ. Прежде чем приступить к переводу, потенциальным переводчикам рекомендуется выяснить, не существует ли уже переведенной версии на данном языке.

Все переводчики должны быть осведомлены о необходимости использования строгих протоколов перевода. Публикации, в которых сообщается об исследованиях, использующих переводы всей МКОБ или любой ее части, должны содержать краткое описание процесса перевода, включая личности переводчиков (которых всегда должно быть больше одного).

Международное общество головной боли не занимается одобрением переводов. Перевод могут одобрить члены национальных сообществ. Необходимо получить такое одобрение, если подобное национальное сообщество существует.

Классификационный комитет орофациальной боли

Комитет – коллектив, состоящий из членов специальной группы по орофациальной и головной боли Международной ассоциации по изучению боли (Orofacial and Head Pain Special Interest Group (OFHP SIG) of the International Association for the Study of Pain (IASP)), Международной сети специалистов по методологии орофациальной боли и связанных с ней заболеваний (International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology, INfORM), Американской академии орофациальной боли (American Academy of Orofacial Pain, AAOP) и Международного общества головной боли (International Headache Society, IHS).

Сопредседатели

Рафаэль Бенолиэль (США); Арне Мэй (Германия); Петер Свенссон (Дания)

Члены рабочих групп (в алфавитном порядке после председателя)

1. Орофациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур
Мария Пигг, Швеция (*председатель*);
Алан Лоу, США;
Дональд Никсдорф, США;
Тара Рентон, Великобритания;
Яир Шарав, Израиль

2. Миофасциальная орофациальная боль
Петер Свенссон, Дания (*председатель*);
Малин Эрнберг, Швеция;
Крис Пек, Австралия

3. Боль в височно-нижнечелюстном суставе
Пер Альстергрен, Швеция (*председатель*);
Габи Каспо, США;
Фрэнк Лоббезоо, Нидерланды;
Амбра Микелотти, Италия

4. Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов
Лене Баад-Хансен, Дания (*председатель*);
Эли Элиав, США;
Йошики Имамура, Япония

5. Орофациальные боли наподобие проявлений первичных головных болей
Рафаэль Бенолиэль, США (*председатель*);
Пауло Конти, Бразилия;
Арне Мэй, Германия

6. Идиопатическая орофациальная боль
Томас Лист, Швеция (*председатель*);
Джастин Дарем, Англия;
Жан-Поль Гуле, Канада;
Сату Яаскеляйнен, Финляндия

7. Психосоциальная оценка пациентов с орофациальной болью
Ричард Орбах, США

Благодарности

Работа над Международной классификацией орофациальной боли не спонсировалась.
Мы выражаем большую благодарность Тимоти Штайнеру за редактирование рукописи в соответствии с принципами, структурой и форматом МКГБ.

© International Headache Society 2020

Содержание

Международная классификация орофациальной боли, 1-е издание (МКОБ)
Авторское право
Перевод
Классификационный комитет орофациальной боли
Сопредседатели
Члены рабочих групп
Предисловие
Использование МКОБ
Правила использования
Обзор классификации

1. Орофациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур
1.1. Зубная боль
1.1.1. Пульпитная боль
1.1.2. Периодонтальная боль
1.1.3. Гингивальная боль
1.2. Боли слизистой оболочки полости рта, в слюнной железе и челюсти
1.2.1. Боль слизистой оболочки полости рта
1.2.2. Боль в слюнной железе
1.2.3. Боль в челюсти
Литература

2. **Миофасциальная орофациальная боль**
2.1. Первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.1. Острая первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.2. Хроническая первичная миофасциальная орофациальная боль
2.2. Вторичная миофасциальная орофациальная боль
2.2.1. Миофасциальная орофациальная боль, связанная с тендинитом
2.2.2. Миофасциальная орофациальная боль, связанная с миозитом
2.2.3. Миофасциальная орофациальная боль, связанная с мышечным спазмом
Литература

3. **Боль в височно-нижнечелюстном суставе (артралгия височно-нижнечелюстного сустава)**
3.1. Первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.1. Острая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.2. Хроническая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.2. Вторичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.2.1. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с артритом
3.2.2. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная со смещением диска
3.2.3. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с дегенеративным заболеванием сустава
3.2.4. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с подвывихом
Литература

4. Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов
4.1. Боль, связанная с поражением или болезнью тройничного нерва
4.1.1. Тригеминальная невралгия
4.1.2. Другая тригеминальная нейропатическая боль
4.2. Боль, связанная с поражением или заболеванием языкоглоточного нерва
4.2.1. Невралгия языкоглоточного нерва
4.2.2. Языкоглоточная нейропатическая боль
Литература

© International Headache Society 2020

5. Орофациальные боли наподобие проявлений первичных головных болей
Введение
5.1. Орофациальная мигрень
5.1.1. Эпизодическая орофациальная мигрень
5.1.2. Хроническая орофациальная мигрень
5.2. Орофациальная боль напряженного типа
5.3. Тригемино-вегетативная головная боль
5.3.1. Орофациальные приступы кластерной боли
5.3.2. Пароксизмальная гемифациальная боль
5.3.3. Кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами
5.3.4. Гемифациальная постоянная боль с вегетативными симптомами
5.4. Нейроваскулярная орофациальная боль
5.4.1. Кратковременная нейроваскулярная орофациальная боль
5.4.2. Длительная нейроваскулярная орофациальная боль
Литература

6. Идиопатическая орофациальная боль
6.1. Синдром жжения рта
6.1.1. Синдром жжения рта без соматосенсорных изменений
6.1.2. Синдром жжения рта с соматосенсорными изменениями
6.1.3. Возможный синдром жжения рта
6.2. Персистирующая идиопатическая лицевая боль
6.2.1. Персистирующая идиопатическая лицевая боль без соматосенсорных изменений
6.2.2. Персистирующая идиопатическая лицевая боль с соматосенсорными изменениями
6.2.3. Возможная персистирующая идиопатическая лицевая боль
6.3. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль
6.3.1. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль без соматосенсорных изменений
6.3.2. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль с соматосенсорными изменениями
6.3.3. Возможная персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль
6.4. Постоянная односторонняя лицевая боль с приступами
Литература

7. Психосоциальная оценка пациентов с орофациальной болью
Введение
Уровни психосоциальной оценки
Модели и инструменты для оценки орофациальной боли, связанные с болью и функциональностью
Степень боли
Интенсивность боли и связанная с болью инвалидизация
Функциональное ограничение
Чрезмерно активное поведение
Психосоциальные модели и инструменты для оценки орофациальной боли
Депрессия и тревога
Соматоформные расстройства
Катастрофизация
Избегание страха
Выводы и будущие направления
Литература

Терминология МКОБ
Литература

© International Headache Society 2020

Предисловие

Мы с гордостью представляем первое издание *Международной классификации орофациальной боли* (МКОБ).

До настоящего времени не существовало комплексной признанной на международном уровне классификации именно орофациальной боли. Хотя с анатомической точки зрения лицо и является частью головы, мы обнаружили слишком много случаев постановки неверных диагнозов и, как следствие, неправильного лечения, которого можно было бы избежать с помощью четкой диагностической классификации. Анатомические границы и связанные с ними разграничения медицинских специальностей вносят свой вклад в эту проблему. Например, Международное общество головной боли (МОГБ) определяет лицевую боль как «боль ниже орбитомеатальной линии, перед ушной раковиной и выше шеи». Другие определения лицевой боли дополнительно включают лоб, в то время как термин «орофациальная боль» обязательно включает все структуры в полости рта. В то же время головная боль часто относится к орофациальным областям, и наоборот. «Головные боли» могут локализоваться исключительно в орофациальной области и вызывать значительные диагностические трудности, тогда как орофациальные боли, которые относятся к голове, представляют собой сложные клинические фенотипы.

Эти и иные факторы привели нас к необходимости создания классификации орофациальных болей (ОФБ). Фундаментальным принципом этой первой классификации является то, что новые концептуальные и диагностические критерии должны определяться характеристиками расстройств, а не их расположением (голова или лицо).

Создавая первое издание МКОБ, мы осознавали, что первичные и вторичные боли тщательно классифицированы в *Международной классификации расстройств головной боли, 3-е издание* (МКГБ-3), и рекомендуем читателям ознакомиться с ее содержанием по этим вопросам. Кроме того, мы переняли иерархический дизайн и классификационный стиль МКГБ-3, чтобы МКОБ стала полезным инструментом в работе исследователей и клиницистов, привыкших к МКГБ-3. Диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств (ВНЧР) – хорошо проверенная и устоявшаяся классификация, включающая регионарные миалгии и боли в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС). Мы переняли критерии ВНЧР, включив только болевые расстройства ВНЧС и изменив стиль представления этих критериев под МКГБ-3. В целом МКОБ также соответствует критериям *Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) / Международной ассоциации по изучению боли (МАИБ)* для орофациальных и головных болей.

Таким образом, цель состоит в том, чтобы создать инструмент, который поможет улучшить исследования и клиническое лечение орофациальной боли. Кроме того, мы уверены, что принятая нами методология будет способствовать сплочению и активному сотрудничеству специалистов, работающих с головными, орофациальными, глазными, носовыми, синусовыми и шейными болями.

Члены классификационного комитета МКОБ представляют основные ассоциации, связанные с орофациальной и головной болью, и являются поистине международной группой, закладывающей будущее МКОБ. Работа над первым изданием МКОБ началась в 2016 году, когда мы впервые встретились на Всемирном конгрессе Международной ассоциации по изучению боли (МАИБ) в Йокогаме, Япония. На однодневной встрече мы обсудили структуру МКОБ и создали рабочие группы. Следующее совещание состоялось в 2017 году в Рутгерской школе стоматологической медицины, США, на котором мы изучили доказательства или установили их отсутствие, а также утвердили отдельных лиц, которые сейчас занимаются составлением МКОБ. Результатом стала классификация, подкрепленная во многих областях весомыми доказательствами, а в других – экспертным мнением, что позволит стимулировать и направлять исследования. Допускается период тестирования, позволяющий выявлять и исправлять ошибки и обеспечивающий широкий вклад в МКОБ со стороны исследователей и практиков в этой области.

Рафаэль Бенолиэль
Арне Мэй
Петер Свенссон
Классификационный комитет лицевой боли

© International Headache Society 2020

Использование МКОБ

В связи с тем, что МКОБ основана на модели МКГБ-3, инструкции по ее использованию аналогичны, поэтому многие пользователи МКГБ-3 найдут МКОБ простой в применении. Как и МКГБ-3, этот документ служит справочным материалом для проведения исследований, а также для клинической диагностики и лечения ОФБ.

МКОБ будет служить комплексным руководством по исследованию и диагностике заболеваний, особенно когда диагноз не ясен или врач не знаком с существованием такой клинической картины. Именно поэтому мы рекомендуем клиницистам и исследователям ознакомиться с классификацией. Кроме того, МКОБ наряду с МКГБ-3 и МКБ-11/МАИБ устанавливает четкую терминологию, которая позволит взаимодействовать и обмениваться данными в одном терминологическом поле. Классификация необходима и для исследований: каждый пациент, участвующий в исследовательском проекте, будь то исследование лекарственных препаратов, патофизиологии или биохимии, должен соответствовать набору установленных диагностических критериев.

Эта классификация является иерархической и позволяет пользователю установить диагноз только на уровне первой цифры или расширить его до пятой, шестой или даже седьмой. Уровень кодирования при диагностике напрямую зависит от целей. В общей практике обычно применяются диагнозы первого или второго уровня, в то время как в узконаправленной специализации необходима формулировка диагноза, включающего в себя четвертый или пятый уровень (иногда шестой или седьмой).

Мы работаем с первичными и вторичными ОФБ в рамках одних и тех же разделов. Такой подход противоречит МКГБ, но, по нашему мнению, служит лучшей формой представления различных ОФБ – отчасти потому, что судить о первичном или вторичном характере бывает довольно трудно из-за синхронных расстройств. По аналогичным причинам строгая структура МКГБ для вторичных расстройств, выраженная критерием A, описывающим боль, критерием B, определяющим предполагаемую причину, и критерием C, доказывающим причинную связь A при помощи B, не очень хорошо работает для ОФБ. В частности, временная связь между возникновением боли и возникновением предполагаемой причины – основа критерия C в МКГБ – часто настолько изменчива, что не имеет доказательной ценности. Во многих случаях приписывание к определенному типу боли основывается на клинической достоверности причинно-следственной связи вместе с опорой на последний критерий: «Не соответствует другому диагнозу МКОБ» (см. ниже).

Правила применения

1. Каждый отдельный тип, подтип или подформа ОФБ и головной боли пациента должны быть отдельно диагностированы и закодированы. Например, у сложного пациента может быть несколько диагнозов и кодов: *2.1.2.3.2 Хроническая очень частая первичная миофасциальная орофациальная боль с отраженной болью* и *3.1.2.3.1 Хроническая очень частая первичная артралгия ВНЧС без отраженной боли*, а также, например, *1.1 Мигрень без ауры* из МКГБ-3.
2. Если у пациента выявлено более одного диагноза, они должны быть перечислены в порядке важности для пациента: первым указывается тот диагноз, который вызывает наибольшее страдание и нетрудоспособность с точки зрения пациента.
3. Когда неясно, какой тип ОФБ испытывает конкретный пациент, следует использовать другую имеющуюся информацию в дополнение к диагностическим критериям для определения более вероятного диагноза. Она может включать историю продолжительности боли (как и когда она началась?), семейный анамнез, влияние лекарств, связь с менструацией, возраст, пол и ряд других особенностей.
4. Чтобы установить конкретный диагноз ОФБ, во многих случаях требуется минимальное количество приступов или дней с болью в анамнезе. Это число затем указывается в диагностических критериях для типа или подтипа ОФБ. Диагнозы ОФБ должны соответствовать ряду других требований, описанных в критериях под отдельными буквенными заголовками: A, B, C и т.д. Некоторые буквенные заголовки выражают только одно требование. Для других обязательное условие – соответствие нескольким характеристикам, например, любым двум из четырех перечисленных. Эта структура была заимствована из МКГБ-3.
5. Частота ОФБ варьируется в широких пределах, от встречающихся только один раз в 1–2 года до ежедневных болей. Тяжесть приступов также различна. За исключением миофасциальных болей и болей в ВНЧС, МКОБ не предоставляет возможности кодировать частоту боли. Несмотря на то что критерии не включают рутинную оценку тяжести и частоты боли,

© International Headache Society 2020

мы рекомендуем оценивать и уточнять эти параметры.

6. Последний критерий почти для каждого расстройства – «Не соответствует другому диагнозу МКОБ» (иногда «Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3»). Рассмотрение других возможных диагнозов является рутинной частью клинической диагностики. Когда ОФБ удовлетворяет критериям для конкретного расстройства, этот последний критерий указывает на необходимость всегда учитывать другие диагнозы, которые могли бы лучше объяснить ОФБ. Для дифференциальной диагностики может потребоваться рассмотрение других расстройств вне рамок МКОБ, подробное изучение истории боли и использование клинических тестов, выходящих за рамки критериев МКОБ. Иррадиация боли другой локализации в орофациальную область чрезвычайно распространена, но данная классификация выходит за рамки МКОБ.

Постоянный учет других возможных диагнозов служит требованием, существенным также и в исследованиях, обязательным условием которых является включение только определенных случаев. Не все исследования попадают в эту категорию. Например, данный критерий может оказаться непригодным для эпидемиологических исследований (к эпидемиологии головной боли, как правило, нельзя применить соответствующий критерий из МКГБ-3).

Исследования, в которых не применяется данный критерий, должны иметь отметку об этом факте в описании своей методологии.

7. В случае если есть подозрение на наличие нескольких ОФБ, настоятельно рекомендуется, чтобы пациент вел ежедневный дневник боли. Было показано, что такие дневники не только улучшают диагностическую точность, но и дают более точное представление об употреблении лекарств. Обычно рекомендуется вести дневник в течение месяца и для каждого эпизода боли вносить важные характеристики. Кроме того, дневник помогает отделить различные типы, подтипы или подформы ОФБ. Наконец, использование дневника – важный инструмент, с помощью которого можно объяснять пациенту, как различать ОФБ, отслеживать употребление лекарств, отмечать триггерные факторы; его также можно использовать в будущем как надежный источник информации.

© International Headache Society 2020

Обзор классификации

1. Орофациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур
- 1.1. Зубная боль
  - 1.1.1. Пульпитная боль
    - 1.1.1.1. Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью
      - 1.1.1.1.1. Пульпитная боль, связанная с трещиной в эмали
      - 1.1.1.1.2. Пульпитная боль, связанная с обнажением дентина
        - 1.1.1.1.2.1. Пульпитная боль, связанная со стиранием или абразией зуба
        - 1.1.1.1.2.2. Пульпитная боль, связанная с переломом, приведшим к обнажению дентина
        - 1.1.1.1.2.3. Пульпитная боль, связанная с патологией твердых тканей зуба
      - 1.1.1.1.3. Пульпитная боль, связанная со стоматологическим лечением
        - 1.1.1.1.3.1. Пульпитная боль, связанная с обширным удалением дентина
        - 1.1.1.1.3.2. Пульпитная боль, связанная с постановкой пломбы
        - 1.1.1.1.3.3. Пульпитная боль, связанная с гиперокклюзией или гиперартикуляцией после реставрации зубов
      - 1.1.1.1.4. Пульпитная боль, связанная с центральной сенситизацией
      - 1.1.1.1.5. Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью вследствие другой причины
    - 1.1.1.2. Пульпитная боль, связанная с обнажением пульпы вследствие травмы зуба
    - 1.1.1.3. Пульпитная боль, связанная с пульпитом (воспалением пульпы)
      - 1.1.1.3.1. Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие инфекции дентина
        - 1.1.1.3.1.1. Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие кариеса, не распространяющегося на пульпу
        - 1.1.1.3.1.2. Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие перелома твердой ткани зуба с обнажением дентина
        - 1.1.1.3.1.3. Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие трещины зуба без признаков потери твердых тканей зуба
      - 1.1.1.3.2. Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфицирования дентина
        - 1.1.1.3.2.1. Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие кариеса, распространяющегося на пульпу
        - 1.1.1.3.2.2. Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие перелома твердой ткани зуба без обнажения пульпы
        - 1.1.1.3.2.3. Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие видимой трещины эмали без потери твердых тканей зуба
      - 1.1.1.3.3. Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции пульпы
        - 1.1.1.3.3.1. Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие кариеса, распространяющегося на пульпу, и ее инфицирования
        - 1.1.1.3.3.2. Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие перелома твердой ткани зуба с обнажением пульпы
      - 1.1.1.3.4. Пульпитная боль, связанная с пульпитом вследствие внешней цервикальной резорбции корня
      - 1.1.1.3.5. Пульпитная боль, связанная с пульпитом вследствие другой причины
    - 1.1.1.4. Пульпитная боль, связанная с системными заболеваниями
  - 1.1.2. Периодонтальная боль
    - 1.1.2.1. Периодонтальная боль, связанная с периодонтитом (воспаление периодонта)
      - 1.1.2.1.1. Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом
        - 1.1.2.1.1.1. Периодонтальная боль, связанная с гиперокклюзией или гиперартикуляцией
        - 1.1.2.1.1.2. Послеоперационная периодонтальная боль
        - 1.1.2.1.1.3. Периодонтальная боль, связанная со случайной травмой зуба
        - 1.1.2.1.1.4. Периодонтальная боль, связанная с другой травмой или повреждением
      - 1.1.2.1.2. Периодонтальная боль, связанная с апикальным периодонтитом вследствие эндодонтического лечения
        - 1.1.2.1.2.1. Периодонтальная боль, связанная с воспалением пульпы
        - 1.1.2.1.2.2. Периодонтальная боль, связанная с эндодонтической инфекцией
          - 1.1.2.1.2.2.1. Периодонтальная боль, связанная с интрарадикулярной эндодонтической инфекцией
          - 1.1.2.1.2.2.2. Периодонтальная боль, связанная с экстрарадикулярной эндодонтической инфекцией
      - 1.1.2.1.3. Периодонтальная боль, связанная с болезнями пародонта
        - 1.1.2.1.3.1. Периодонтальная боль, связанная с хроническим периодонтитом
        - 1.1.2.1.3.2. Периодонтальная боль, связанная с агрессивным периодонтитом
        - 1.1.2.1.3.3. Периодонтальная боль на фоне системного заболевания

© International Headache Society 2020

1.1.2.1.3.3.1. Периодонтальная боль, связанная с гематологическим заболеванием
1.1.2.1.3.3.2. Периодонтальная боль, связанная с генетическим заболеванием
1.1.2.1.3.3.3. Периодонтальная боль, связанная с неспецифическим системным заболеванием
1.1.2.1.3.4. Периодонтальная боль, связанная с некротическим язвенным пародонтитом
1.1.2.1.3.5. Периодонтальная боль, связанная с пародонтальным абсцессом
1.1.2.1.4. Периодонтальная боль, связанная с апикальным и маргинальным периодонтитом вследствие комбинированной эндодонтической инфекции и болезни пародонта
1.1.2.1.5. Периодонтальная боль, связанная с инфекционным периимплантитом (инфекционный процесс области вокруг имплантата)
1.1.2.2. Периодонтальная боль, связанная с местной невоспалительной причиной
1.1.3. Гингивальная боль
1.1.3.1. Гингивальная боль, связанная с гингивитом (воспалением десен)
1.1.3.1.1. Гингивальная боль, связанная с травмой
1.1.3.1.2. Гингивальная боль, связанная с инфекцией
1.1.3.1.2.1. Гингивальная боль, связанная с бактериальной инфекцией
1.1.3.1.2.2. Гингивальная боль, связанная с вирусной инфекцией
1.1.3.1.2.3. Гингивальная боль, связанная с грибковой инфекцией
1.1.3.1.3. Гингивальная боль, связанная с аутоиммунной реакцией
1.1.3.1.4. Гингивальная боль, связанная с гиперчувствительностью или аллергической реакцией
1.1.3.1.5. Гингивальная боль, связанная с гингивитом вследствие другой причины
1.1.3.2. Гингивальная боль, связанная со злокачественным новообразованием
1.2. Боли слизистой оболочки полости рта, в слюнной железе и челюсти
1.2.1. Боль слизистой оболочки полости рта
1.2.1.1. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта
1.2.1.1.1. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с травмой или повреждением
1.2.1.1.1.1. Боль слизистой оболочки полости рта, не связанная с ятрогенной травмой или повреждением
1.2.1.1.1.2. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с хирургическим или другим локальным ятрогенным повреждением
1.2.1.1.1.3. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с облучением или химиотерапией
1.2.1.1.2. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с инфекцией
1.2.1.1.2.1. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с бактериальной инфекцией
1.2.1.1.2.2. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с вирусной инфекцией
1.2.1.1.2.3. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с грибковой инфекцией
1.2.1.1.3. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с аутоиммунной реакцией
1.2.1.1.4. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с гиперчувствительностью или аллергической реакцией
1.2.1.1.5. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта вследствие другой причины
1.2.1.2. Боль слизистой оболочки полости рта, связанная со злокачественным новообразованием
1.2.2. Боль в слюнной железе
1.2.2.1. Боль в слюнной железе, связанная с обструкцией протоков слюнной железы
1.2.2.2. Боль в слюнной железе, связанная с инфекцией
1.2.2.2.1. Боль в слюнной железе, связанная с вирусной инфекцией
1.2.2.2.2. Боль в слюнной железе, связанная с бактериальной инфекцией
1.2.2.3. Боль в слюнной железе, связанная с рецидивирующим ювенильным паротитом
1.2.2.4. Боль в слюнной железе, связанная с иммуноопосредованными заболеваниями
1.2.2.5. Боль в слюнной железе, связанная с другой причиной
1.2.3. Боль в челюсти
1.2.3.1. Боль в челюсти, связанная с травмой или поражением
1.2.3.2. Боль в челюсти, связанная с инфекцией
1.2.3.2.1. Боль в челюсти, связанная с бактериальной инфекцией
1.2.3.2.2. Боль в челюсти, связанная с вирусной инфекцией
1.2.3.2.3. Боль в челюсти, связанная с грибковой инфекцией
1.2.3.3. Боль в челюсти, связанная с локальным доброкачественным новообразованием
1.2.3.4. Боль в челюсти, связанная со злокачественным новообразованием

© International Headache Society 2020

1.2.3.4.1. Боль в челюсти, связанная с локальным злокачественным новообразованием
1.2.3.4.2. Боль в челюсти, связанная с отдаленными метастазами
1.2.3.5. Боль в челюсти, связанная с лечением
1.2.3.6. Боль в челюсти на фоне системного заболевания

2. Миофасциальная орофациальная боль
2.1. Первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.1. Острая первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.2. Хроническая первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.2.1. Хроническая нечастая первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.2.2. Хроническая частая первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.2.2.1. Хроническая частая первичная миофасциальная орофациальная боль без отраженной боли
2.1.2.2.2. Хроническая частая первичная миофасциальная орофациальная боль с отраженной болью
2.1.2.3. Хроническая очень частая первичная миофасциальная орофациальная боль
2.1.2.3.1. Хроническая очень частая первичная миофасциальная орофациальная боль без отраженной боли
2.1.2.3.2. Хроническая очень частая первичная миофасциальная орофациальная боль с отраженной болью
2.2. Вторичная миофасциальная орофациальная боль
2.2.1. Вторичная миофасциальная орофациальная боль, связанная с тендинитом
2.2.2. Вторичная миофасциальная орофациальная боль, связанная с миозитом
2.2.3. Вторичная миофасциальная орофациальная боль, связанная с мышечным спазмом

3. Боль в височно-нижнечелюстном суставе (артралгия височно-нижнечелюстного сустава)
3.1. Первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.1. Острая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.2. Хроническая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.2.1. Хроническая нечастая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.2.2. Хроническая частая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.2.2.1. Хроническая частая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава без отраженной боли
3.1.2.3. Хроническая частая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава с отраженной болью
3.1.2.4. Хроническая очень частая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.1.2.4.1. Хроническая очень частая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава без отраженной боли
3.1.2.4.2. Хроническая очень частая первичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава с отраженной болью
3.2. Вторичная артралгия височно-нижнечелюстного сустава
3.2.1. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с артритом
3.2.1.1. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с несистемным артритом
3.2.1.2. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с системным артритом
3.2.2. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная со смещением диска
3.2.2.1. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с дислокацией диска с репозицией
3.2.2.1.1. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с дислокацией диска с репозицией и периодическим заклиниванием
3.2.2.2. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с дислокацией диска без репозиции
3.2.3. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с дегенеративным заболеванием сустава
3.2.4. Артралгия височно-нижнечелюстного сустава, связанная с подвывихом

4. Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов
4.1. Боль, связанная с поражением или болезнью тройничного нерва
4.1.1. Тригеминальная невралгия
4.1.1.1. Классическая тригеминальная невралгия
4.1.1.1.1. Классическая пароксизмальная тригеминальная невралгия
4.1.1.1.2. Классическая тригеминальная невралгия с сопутствующей постоянной болью
4.1.1.2. Вторичная тригеминальная невралгия
4.1.1.2.1. Тригеминальная невралгия, связанная с рассеянным склерозом
4.1.1.2.2. Тригеминальная невралгия, связанная с объемным образованием
4.1.1.2.3. Тригеминальная невралгия, связанная с другой причиной
4.1.1.3. Идиопатическая тригеминальная невралгия
4.1.1.3.1. Идиопатическая тригеминальная невралгия исключительно пароксизмальная
4.1.1.3.2. Идиопатическая тригеминальная невралгия с сопутствующей постоянной болью

© International Headache Society 2020

4.1.2. Другая тригеминальная нейропатическая боль
4.1.2.1. Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с *Herpes zoster*
4.1.2.2. Тригеминальная постгерпетическая невралгия
4.1.2.3. Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль
4.1.2.3.1. Возможная посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль
4.1.2.4. Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с другим нарушением
4.1.2.4.1. Возможная тройничная нейропатическая боль, связанная с другим нарушением
4.1.2.5. Идиопатическая тройничная нейропатическая боль
4.2. Боль, связанная с поражением или заболеванием языкоглоточного нерва
4.2.1. Невралгия языкоглоточного нерва
4.2.1.1. Классическая невралгия языкоглоточного нерва
4.2.1.2. Вторичная невралгия языкоглоточного нерва
4.2.1.3. Идиопатическая невралгия языкоглоточного нерва
4.2.2. Языкоглоточная нейропатическая боль
4.2.2.1. Языкоглоточная нейропатическая боль, связанная с установленной причиной
4.2.2.2. Идиопатическая языкоглоточная нейропатическая боль
5. Орофациальные боли наподобие проявлений первичных головных болей
5.1. Орофациальная мигрень
5.1.1. Эпизодическая орофациальная мигрень
5.1.2. Хроническая орофациальная мигрень
5.2. Орофациальная боль напряженного типа
5.3. Тригемино-вегетативная орофациальная боль
5.3.1. Орофациальные приступы кластерной боли
5.3.1.1. Эпизодические орофациальные кластерные приступы
5.3.1.2. Хронические орофациальные кластерные приступы
5.3.2. Пароксизмальная гемифациальная боль
5.3.2.1. Эпизодическая пароксизмальная гемифациальная боль
5.3.2.2. Хроническая пароксизмальная гемифациальная боль
5.3.3. Кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами
5.3.3.1. Эпизодические кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами
5.3.3.2. Хронические кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами
5.3.4. Гемифациальная постоянная боль с вегетативными симптомами
5.4. Нейроваскулярная орофациальная боль
5.4.1. Кратковременная нейроваскулярная орофациальная боль
5.4.2. Длительная нейроваскулярная орофациальная боль
6. Идиопатическая орофациальная боль
6.1. Синдром жжения рта. Синдром жжения рта без соматосенсорных изменений
6.1.1. Синдром жжения рта с соматосенсорными изменениями
6.1.2. Возможный синдром жжения рта
6.2. Персистирующая идиопатическая лицевая боль
6.2.1. Персистирующая идиопатическая лицевая боль без соматосенсорных изменений
6.2.2. Персистирующая идиопатическая лицевая боль с соматосенсорными изменениями
6.2.3. Возможная персистирующая идиопатическая лицевая боль
6.3. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль
6.3.1. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль без соматосенсорных изменений
6.3.2. Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль с соматосенсорными изменениями
6.3.3. Возможная персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль
6.4. Постоянная односторонняя лицевая боль с приступами
7. Психосоциальная оценка пациентов с орофациальной болью

© International Headache Society 2020

Классификация с диагностическими критериями

1. Орофациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур

Описание:
Орофациальная боль, обусловленная заболеваниями, травмами или патологией пульпы зуба, периодонта, десны/десен, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез или челюстной кости, либо вследствие нормального функционирования пульпы зуба, сигнализирующего о риске его повреждения.

Общие комментарии:
Боль, берущая начало в дентоальвеолярных и сопутствующих структурах, – самая частая причина жалоб на боль в орофациальной области. По характеру боль ноцицептивная и/или воспалительного генеза и обычно *острая*, что означает длительность менее 3 месяцев. В случае адекватного лечения причинного заболевания боль длительно не персистирует. Боль может быть продолжительной, рекуррентной или приступообразной. В большинстве случаев для заболевания характерен волнообразный характер с периодами улучшения и обострения как симптомов, так и боли. Такая боль может быть описана как *эпизодическая* (беспокоит менее 15 дней в месяц, независимо от продолжительности более или менее 3 месяцев). Боль расценивается как хроническая, если она присутствует более 3 месяцев и по крайней мере 15 дней в месяц.

В связи с тем что боль, связанная с дентоальвеолярными и анатомически близкими структурами, в основном носит симптоматический характер, ее также уместно классифицировать по отношению к лечению. Если основное заболевание, вызывавшее боль, не лечилось вообще, острая боль обычно сохраняется и, как правило, становится хронической. То же самое происходит, если причинное заболевание лечилось неэффективно или недостаточно, поскольку некоторые заболевания (такие как локальная инфекция, новообразование или системное заболевание) и сопутствующая им боль могут существовать более 3 месяцев.

В целом, важно учитывать различие между острой и хронической болью, поскольку хроническая боль часто требует иного лечения и имеет менее благоприятный прогноз. Однако неизвестно, различаются ли эпизодическая и хроническая формы дентоальвеолярной боли (и иных видов боли, описанных в этом разделе) в других клинически значимых аспектах, кроме продолжительности. Учитывая недостаток данных, подтверждающих значимое различие между острым и хроническим течением боли в отношении лечения и прогноза, в этой секции МКОБ такие виды боли выделяться не будут. В научных целях для сравнения, например, дентоальвеолярной боли разной продолжительности рекомендуем использовать критерии/определения острой, эпизодической или хронической боли, описанной в соответствии с МАИБ/МКБ-2 и МКГБ-3.

Если в дальнейшем появятся данные, указывающие на необходимость такого разделения, это решение должно быть пересмотрено.

1.1 Зубная боль

Описание:
Боль, вызванная поражением или заболеванием, затрагивающим один или более зубов и/или непосредственно окружающие или поддерживающие их структуры: пульпу, периодонт и десну.

1.1.1 Пульпитная боль

Описание:
Боль, вызванная поражением или заболеванием, вовлекающим пульпу зуба.

Диагностические критерии:
A. Любая боль в зубах, отвечающая критерию C.
B. Клинические, лабораторные, визуализационные и/или анамнестические доказательства поражения, заболевания или травмы[1], известные как источник пульпитной боли.
C. Причинно-следственная связь подтверждается двумя следующими критериями:
   1) локализация боли соответствует стороне (сторонам) поражения, заболевания или травмы[2];
   2) один или оба:
      a) боль развивалась во временной связи с поражением, заболеванием или травмой либо привела к их обнаружению;
      b) боль усиливается при физических раздражителях[3], направленных на пораженный зуб.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Поражение, заболевание или травма специфичны для каждого подтипа.
2. Боль также может распространяться и/или иррадиировать в другие орофациальные области на стороне поражения.
3. Раздражитель может быть механическим, температурным или химическим, в зависимости от подтипа.

Комментарий:
1.1.1 Пульпитная боль может быть связана с любым типом поражения или заболевания пульпы. Боль носит преимущественно воспалительный характер и вторична по отношению к внешним или внутренним событиям.

1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью

Описание:
Пульпитная боль вследствие гиперчувствительности, возникающей в клинически нормальной пульпе.

Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1 Пульпитная боль* и критериям B и C ниже.

© International Headache Society 2020

B. Боль имеет все следующие характеристики:
   1. Вызвана внешними раздражителями[1].
   2. Стихает в течение нескольких секунд.
   3. Один или оба проявления:
      a) острая, глубокая чувствительность;
      b) плохо локализуется[2].
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинная связь[3].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Горячее, холодное и сладкое служат внешними раздражителями, которые могут провоцировать боль.
2. Часто присутствует приблизительно только в пределах двух или трех зубов, примыкающих к пораженному зубу; в некоторых случаях пациенту даже бывает сложно различить, в верхнем или нижнем зубном ряду расположен источник боли.
3. Этот критерий распространяется на все подтипы ниже.

1.1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с трещиной в эмали

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью,* и критерию C ниже.
B. Диагностирована визуально идентифицируемая[1] трещина или неполный перелом пораженного зуба с вовлечением эмали.
C. По крайней мере один из следующих критериев:
   1. Острая боль при накусывании.
   2. Боль при освобождении окклюзионного давления челюсти от укуса или при внешнем приложении силы.
   3. Холодовая гиперчувствительность.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. При необходимости визуальная идентификация может быть дополнена увеличением, усилением цвета и/или визуализацией с помощью красителя.

1.1.1.1.2 Пульпитная боль, связанная с обнажением дентина

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе[1], отвечающая критериям *1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью.*
B. Поверхность дентина пораженного зуба обнажена.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Обычно боль воспроизводится при зондировании поврежденного дентина или потоком воздуха.

1.1.1.1.2.1 Пульпитная боль, связанная со стиранием или абразией зуба

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью.*
B. Клинические доказательства стирания или абразии пораженного зуба[1].
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Гладкие плоские поверхности, которые не соответствуют естественным контурам анатомической коронки зуба.

1.1.1.1.2.2 Пульпитная боль, связанная с переломом, приведшим к обнажению дентина

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям 1.1.1.1.2 *Пульпитная боль, связанная с обнажением дентина.*
B. Диагностирована[1] трещина эмали пораженного зуба с вовлечением эмали, корневого цемента, дентина в любой комбинации.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Диагноз основывается на клинических и/или рентгенографических исследованиях.

1.1.1.1.2.3 Пульпитная боль, связанная с патологией развития твердой ткани зуба

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.1.2 Пульпитная боль, связанная с обнажением дентина.*
B. Диагностирована[1] патология развития твердых тканей зуба, вовлекающая эмаль, цемент корня и/или дентин, которая может вызывать пульпитную боль.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Такие пороки развития включают локальную гипоминерализацию или недоразвитие эмали, несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез и большое количество других, более редких дефектов.

1.1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная со стоматологическим лечением

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью.*
B. Недавно проведенные[1] стоматологические манипуляции в отношении пораженного зуба.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Боль обычно начинается через несколько часов или дней после стоматологического лечения.

© International Headache Society 2020

1.1.1.1.3.1 Пульпитная боль, связанная с недавним обширным удалением дентина

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная со стоматологическим лечением.*
B. Недавнее[1] удаление дентина у пораженного зуба, которое включает один или оба из следующих критериев:
   1) глубокое (то есть в близости к пульпе);
   2) широкое (то есть обнажение дентинных трубочек на большой площади).
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Боль обычно начинается через несколько часов или дней после стоматологической процедуры.

1.1.1.1.3.2 Пульпитная боль, связанная с недавней постановкой пломбы

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная со стоматологическим лечением.*
B. Недавняя[1] установка прямой или непрямой пломбы (реставрации) пораженного зуба.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Боль обычно начинается через несколько часов или дней после стоматологической процедуры.

1.1.1.1.3.3 Пульпитная боль, связанная с гиперокклюзией или гипеартикуляцией после реставрации зубов

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная со стоматологическим лечением.*
B. Гиперокклюзия и/или гиперартикуляция у поврежденного зуба, вызванные восстановительными процедурами[1].
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Восстановительные процедуры включают в себя временное и постоянное пломбирование зуба и ортопедическое лечение.

1.1.1.1.4 Пульпитная боль, связанная с центральной сенситизацией

Диагностические критерии:

A. Боль в одном или более зубах, отвечающая критериям *1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью,* и критериям C и D ниже.
B. Оба следующие нарушения:
   1) другие диагностированные орофациальные, шейные или иррадиирующие в другие части тела болевые синдромы;
   2) присутствуют признаки центральной сенситизации[1].
C. Одно или оба из следующих нарушений:
   1) боль возникает спонтанно;
   2) боль возникает и/или сочетается с другими болевыми состояниями.
D. Не всегда наступает облегчение при введении локальной анестезии или анальгетиков периферического действия.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Признаки включают направление боли, временное усиление и аллодинию.

Комментарии:

1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с центральной сенситизацией, может поражать несколько зубов одновременно или начинаться в одном зубе и затем распространяться на другие. Это состояние может быть постоянным или повторяющимся и присутствовать в течение длительных периодов времени; часто это хроническое заболевание.

Болевые симптомы могут варьироваться от гиперчувствительности дентина до длительной боли, свидетельствующей о пульпите, и часто сопровождаются вегетативными признаками (см. *5.1 Орофациальная мигрень*).

Успешное лечение другого (других) болевого состояния и связанных психологических симптомов часто приводят к уменьшению зубной боли. Десенсибилизирующее зубное лечение в некоторых случаях приводит к уменьшению боли или ее облегчению.

1.1.1.1.5 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью вследствие другой причины

Диагностические критерии:

A. Боль в одном или более зубах, отвечающая критериям *1.1.1.1 Пульпитная боль, связанная с гиперчувствительностью*, и критерию C ниже.
B. Заболевание, которое может вызывать боль в пульпе, не считая тех, что были диагностированы в разделах 1.1.1.1.1–1.1.1.1.4.
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинно-следственная связь.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

1.1.1.2 Пульпитная боль, связанная с обнажением пульпы вследствие травмы зуба

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1. Пульпитная боль* и критерию C ниже.
B. Травма зуба, приведшая к обнажению жизненно важных тканей пульпы в пораженном зубе и вызванная одной из следующих травм:
   1) перелом, вовлекающий эмаль, дентин и пульпу (осложнение перелома коронки);
   2) перелом, вовлекающий цемент корня, дентин и пульпу (осложнение перелома корня);

© International Headache Society 2020

3) перелом, вовлекающий эмаль, цемент корня, дентин и пульпу (осложнение перелома коронки/корня).

C. Развитие боли в течение нескольких минут/часов после травмы.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:
1.1.1.2 Пульпитная боль, связанная с обнажением пульпы вследствие травмы зуба, может быть от легкой до умеренной и обычно усугубляется при воздействии воздухом, жидкостями или давлением на обнаженную ткань пульпы, но спадает, когда раздражение прекращается. Однако в непосредственном посттравматическом периоде наблюдается отсутствие чувствительности на температурные раздражители, спонтанной или иррадиирующей боли, поскольку такие симптомы обычно возникают позже и связаны с воспалением.

1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная с пульпитом (воспаление пульпы)
Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1 Пульпитная боль* и критерию C ниже.
B. Диагностирован пульпит в пораженном зубе[1].
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинная связь[2].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:
1. Пульпит может быть вызван травмой или инфекцией, как указано для каждого подтипа.
2. Этот критерий распространяется на все подтипы ниже.

Комментарий:
1.1.1.3 Боль в пульпе, связанная с пульпитом, может варьировать от легкой до сильной и может быть связана с выраженностью воспаления. Однако выраженное воспаление пульпы также может протекать бессимптомно.

Предложенные диагностические критерии для обратимого или необратимого пульпита, представленные в нижеприведенных подтипах, не были научно подтверждены, и наличие и характеристики симптомов не вызваны состоянием пульпы. Когда пульпа подвергается непосредственному воздействию микрофлоры полости рта в течение некоторого времени, у нее исчезает способность к заживлению, и пульпит считается необратимым. Если причиной пульпита служит кариес, он считается потенциально обратимым до тех пор, пока зона функционально интактного дентина отделяет скопление бактерий от жизнеспособной пульпы, и потенциально необратимым, когда такой зоны не существует.

1.1.1.3.1 Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие инфицирования дентина
Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная с пульпитом.*
B. Диагностирован обратимый[1] пульпит в пораженном зубе вследствие инфицирования дентина[2].
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:
1. Обратимость диагностируется на основе клинических и/или рентгенологических данных о наличии зоны интактного дентина, покрывающего пульпу.
2. Наличие кариозной полости с обнажением дентина и инфицирование микроорганизмами полости рта.

Комментарий:
Боль при обратимом пульпите обычно описывается как неинтенсивная, неспонтанная и возникающая в ответ на температурные раздражители. Когда боль вызывается температурным (холодным или тепловым) либо механическим (зондирование, препарирование) раздражителем, как правило, она кратковременна и проходит при устранении раздражителя. Купируется простыми анальгетиками (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)).

1.1.1.3.1.1 Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие кариеса, не распространяющегося на пульпу
Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.1 Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие инфицирования дентина.*
B. Диагностирован кариес в пораженном зубе без клинических или рентгенологических доказательств распространения до пульпы.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:
В дополнение к температурной чувствительности боль может быть вызвана зондированием дна кариозной полости.

1.1.1.3.1.2 Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие перелома твердой ткани зуба с обнажением дентина
Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.1 Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие инфекции дентина.*
B. Клинические и/или радиографические доказательства любого из следующих нарушений в пораженном зубе с обнажением дентина:
   1) перелом, вовлекающий только эмаль;
   2) перелом, вовлекающий эмаль и дентин;
   3) перелом, вовлекающий только цемент корня;
   4) перелом, вовлекающий цемент корня и дентин;
   5) перелом, вовлекающий эмаль, цемент корня и дентин.

© International Headache Society 2020

C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:
В дополнение к температурной чувствительности боль может быть вызвана зондированием кариозной полости.

1.1.1.3.1.3 Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие трещины зуба без признаков убыли твердых тканей зуба

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.1 Пульпитная боль, связанная с обратимым пульпитом вследствие инфекции дентина,* и критерию C ниже.
B. Диагностирована трещина или незавершенный перелом пораженного зуба, вовлекающий эмаль или эмаль и дентин[1].
C. Причинно-следственная связь подтверждается одним из следующих критериев:
   1) острая боль при накусывании;
   2) боль после механической нагрузки или от внешнего воздействия[2];
   3) гиперчувствительность к холоду[2].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Диагноз может быть поставлен при визуальной идентификации линии трещины, с помощью увеличения, усиления света либо визуализации с использованием красителя, и/или при помощи рентгенографии или другой визуализации.
2. Боль в каждом случае не длится дольше воздействия раздражителя.

Комментарий:
При зондировании определяется глубокий карман в проекции трещины.

1.1.1.3.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции дентина

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная с пульпитом*.
B. Диагностирован необратимый[1] пульпит вследствие инфекции дентина[2] в пораженном зубе.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Необратимость диагностирована клиническими и/или рентгенологическими доказательствами и выражена отсутствием зоны интактного дентина, покрывающего пульпу, и/или любая из следующих характеристик боли:
   a) возникает спонтанно;
   b) непрерывная;
   c) не проходит после устранения раздражителя (температурного (холод или тепло) или механического (зондирование или сверление)) на пульпу в течение более чем нескольких секунд;
   d) интенсивная по выраженности;
   e)плохо отвечает на НПВС.
2. Как доказательство наличия кариеса или поражения дентина микроорганизмами полости рта в течение некоторого времени.

Комментарии:
Боль, связанная с необратимым пульпитом, может усугубляться при изменении температуры, а также при окклюзионной нагрузке или перкуссии зуба. При устранении раздражителя боль сохраняется.

Однако наличие боли плохо коррелирует с состоянием пульпы. Значение симптомов, определяющих состояние пульпы, обратимо или необратимо воспаленной, признается спорным вопросом с недостаточной научно-доказательной базой. Сильная продолжительная боль, не отвечающая на анальгетики (НПВС), может указывать на необратимое воспаление и необходимость инвазивного лечения.

1.1.1.3.2.1 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие кариеса, распространяющегося на пульпу

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции дентина.*
B. Диагностирован глубокий кариес в пораженном зубе с клиническими и/или рентгенологическими доказательствами вероятного или достоверного поражения пульпы.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

1.1.1.3.2.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие перелома твердой ткани зуба без обнажения пульпы

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции дентина.*
B. Клинические и/или рентгенологические доказательства любого из следующих нарушений в пораженном зубе, без распространения на жизнеспособную ткань пульпы:
   1) перелом, вовлекающий эмаль и дентин (неосложненный перелом коронки);
   2) перелом, вовлекающий цемент корня и дентин (неосложненный перелом корня);
   3) перелом, вовлекающий эмаль, цемент корня и дентин (неосложненный перелом коронки/корня).
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:
В дополнение к температурной чувствительности боль может возникать при зондировании дна кариозной полости.

1.1.1.3.2.3 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие видимой трещины эмали без признаков разрушения твердых тканей зуба

Диагностические критерии:

A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции дентина,* и критерию C ниже.

© International Headache Society 2020

B. Диагностирована[1] трещина или незавершенный перелом пораженного зуба, вовлекающий эмаль или эмаль и дентин.
C. Причинно-следственная связь подтверждается как минимум одним из следующих нарушений:
   1) острая боль во время окклюзионной нагрузки[2];
   2) боль после механической нагрузки или от внешнего воздействия[2];
   3) гиперчувствительность к холоду.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Диагноз может быть выставлен при визуальной идентификации линии трещины, с помощью увеличения, усиления света либо визуализации с использованием красителя, и/или при помощи рентгенографии или другой визуализации.
2. Боль в каждом случае не длится дольше воздействия раздражителя.

Комментарий:
Трещины зубов могут быть причиной острой боли во время окклюзионной нагрузки, отмечается гиперчувствительность на холодовой раздражитель. Наличие глубокого кармана при зондировании косвенно свидетельствует о наличии трещины. Боль обычно длится дольше воздействия раздражителя.

1.1.1.3.3 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции зубной пульпы

Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции дентина,* и критерию C ниже.
B. Инфицирование[1] пульпы пораженного зуба.
C. Боль развивается в тесной временной связи с инфекцией или приводит к ее обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Инфекция подтверждается воздействием микроорганизмов полости рта на пульпу в течение некоторого времени.

1.1.1.3.3.1 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие кариеса, распространяющегося на пульпу, и инфекцией пульпы

Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.3 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции зубной пульпы.*
B. Диагностирован глубокий кариес в пораженном зубе, подтвержденный клиническими и/или радиографическими доказательствами поражения пульпы.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:
Гистологические исследования показывают: когда кариозное поражение (микробное инфицирование) достигает пульпы, воспаление, скорее всего, будет необратимым. Оценка основана на клинических и рентгенографических данных. Если зона неповрежденного функционального дентина не видна между кариозным дентином и пульпой, можно сделать вывод, что микробы находятся в непосредственном контакте с тканью пульпы, инфицировав ее, что приводит к сильному воспалению. Отметим: во многих случаях это состояние может быть бессимптомным.

1.1.1.3.3.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие перелома ткани зуба с обнажением пульпы

Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3.3 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие инфекции зубной пульпы,* и критерию C ниже.
B. Клинические и/или рентгенологические доказательства любого из следующих нарушений в пораженном зубе с обнажением жизнеспособной ткани зуба:
   1) перелом, вовлекающий эмаль, дентин и пульпу (осложненный перелом коронки);
   2) перелом, вовлекающий цемент корня, дентин и пульпу (осложненный перелом корня);
   3) перелом, вовлекающий эмаль, цемент корня, дентин и пульпу (осложненный перелом корня/коронки).
C. Боль развивается в тесной временной связи с переломом или приводит к его обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:
В дополнение к температурной гиперчувствительности боль может быть спровоцирована механическим воздействием обнаженной пульпы или рядом расположенного дентина.

1.1.1.3.4 Пульпитная боль, связанная с пульпитом вследствие внешней резорбции цервикального дентина

Диагностические критерии:
A. Боль в зубе, отвечающая критериям *1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная с пульпитом,* и критерию C ниже.
B. Диагностирована резорбция наружной шейки корня в пораженном зубе при помощи клинических и/или рентгенологических обследований.
C. Боль развивается в тесной временной связи с резорбцией или приводит к ее обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:
Резорбция цервикального корня – процесс, при котором дентин резорбцируется остеокластами. Состояние остается бессимптомным до тех пор, пока не вовлекается пульпа (обычно в конце процесса). Вторичная инфекция в данной области стимулирует воспалительный ответ в прилегающей пульпе, который может быть обратимым и необратимым. По техническим и/или прогностическим причинам лечение

© International Headache Society 2020

резорбции включает в себя эндодонтическое лечение (пульпэктомия) независимо от выраженности воспаления пульпы.

В дополнение к температурной гиперчувствительности боль может быть спровоцирована механическим воздействием в области цервикального дентина.

1.1.1.3.5 Пульпитная боль, связанная с пульпитом вследствие другой причины

Диагностические критерии:

A. Боль в одном или нескольких зубах, отвечающая критериям *1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная с пульпитом,* и критерию C ниже.
B. Диагноз заболевания, которое может вызвать боль в пульпе[1], кроме 1.1.1.3.1–1.1.1.3.4.
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинная связь.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. В качестве примера, в литературе встречаются сообщения о том, что пульпит и пульпитная боль могут возникать вторично по отношению к нейроваскулярным состояниям (нейрогенное воспаление).

Комментарий:

Болевые симптомы могут варьироваться от гиперчувствительности дентина до длительной боли, что свидетельствует о пульпите, и часто сопровождаются вегетативными признаками (см. *5.1 Орофациальная мигрень*).

1.1.1.4 Пульпитная боль, связанная с системной причиной

Диагностические критерии:

A. Боль в одном или нескольких зубах, отвечающая критериям *1.1.1 Пульпитная боль* и критерию C ниже.
B. Диагностировано системное заболевание, которое, как известно, может быть причиной пульпитной боли[1].
C. Причинно-следственная связь боли обоснована клинически.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Например, серповидноклеточная анемия.

Комментарии:

Пульпитная боль может быть результатом системного заболевания, вызывающего изменение состояния пульпы. Серповидноклеточная анемия может привести к зубной боли. Например, у пациентов с серповидноклеточной анемией был зарегистрирован некроз пульпы, предположительно носящий вторичный характер и обусловленный закупоркой мелких сосудов. Феномен «боли, вызванной серповидноклеточной анемией», наблюдается, если серповидные клетки попадают в сосуды пульпы, препятствуя кровотоку. Это приводит к гипоксии, пульпиту, смерти клеток и в конечном итоге к потере жизнеспособности зуба.

Если пульпитная боль вызвана систематическим заболеванием, как правило, поражаются несколько зубов.

1.1.2 Периодонтальная боль

Описание:

Боль, возникающая вследствие поражения или заболевания, вовлекающего периодонт: периодонтальную связку и/или прилежащую альвеолярную (прирадикулярную) костную ткань.

Диагностические критерии:

A. Любая боль в периодонте[1], отвечающая критерию C.
B. Клинические, лабораторные, визуализационные и/или анамнестические доказательства поражения, заболевания или травмы[2], известные как причина периодонтальной боли.
C. Причинно-следственная связь подтверждается двумя следующими характеристиками:
   1) локализация боли соответствует стороне поражения, заболевания или травмы[1];
   2) боль усиливается от физических раздражителей (горизонтальных или вертикальных)[3], направленных на пораженный зуб или на прирадикулярную костную ткань.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Боль может быть локализованной и/или иррадиировать в другие орофациальные области.
2. Поражение, заболевание или травма специфичны для каждого подтипа.
3. Раздражитель может быть механическим, температурным или химическим, как указано в каждом подтипе.

Комментарий:

Периодонтальная боль может быть связана со всеми типами повреждения или заболеваниями периодонта и носит преимущественно воспалительный характер.

1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с периодонтитом (воспаление периодонта)

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2 Периодонтальная боль* и критерию C ниже.
B. Диагностировано воспаление периодонта[1].
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинная связь[2].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Воспаление может быть следствием травмы или инфекции, как указано в каждом подтипе.
2. Этот критерий распространяется на все подтипы.

© International Headache Society 2020

Комментарии:
1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с периодонтитом, подразделяется на подкатегории в зависимости от причины воспаления.

Периодонтит (как маргинальный, так и апикальный) чаще всего протекает асимптомно, но также может проявляться болью, иногда наблюдается отек.

В таком случае боль провоцируется механическим раздражителем в результате окклюзионной нагрузки и во время жевания, в большинстве случаев пациент может легко ее локализовать. Может также отмечаться спонтанная боль, которая, как правило, длится несколько часов. Интенсивность боли варьирует от слабой до сильной. Боль может быть воспроизведена при проведении перкуссии или давлении на зуб.

В связи с этим типом боли также может возникнуть боль в деснах.

1.1.2.1.1 Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом
Диагностические критерии:
A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с периодонтитом,* и критерию C ниже.
B. Травма или поражение[1], вовлекающее пораженную периодонтальную ткань.
C. Боль развивается через несколько минут или дней после травмы или поражения.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:
1. Травма может быть случайной или неслучайной, нанесенной пациенту самостоятельно или другими, либо ятрогенной.

Комментарии:
Травматическое повреждение периодонтальных тканей вызывает острое воспаление периодонта и может иметь различную степень болезненности (от легкой до тяжелой), усугубляясь механической провокацией зуба. Может возникать спонтанная боль.

Случайная зубная травма возникает у 10–30% населения и встречается почти исключительно в резцах (75–80% верхней челюсти и 20–25% нижней челюсти). Случаи возникновения заболевания регистрируются в 2–3 поврежденных зубах у 100 школьников в год, а травмы постоянных зубов у детей и подростков происходят в 6–34% случаев. Согласно эпидемиологическим данным, несмотря на то что легкие травмы зубов более распространены, у 3% людей в возрасте 6–50 лет отмечается более тяжелая травма и болезненное поражение постоянных резцов. К ятрогенным травмам периодонтальных тканей относятся случайные повреждения зубов, микротравмы, вызванные, например, изменениями в окклюзии или суставе после лечения зубов, а также повреждение периодонта в результате хирургических вмешательств в пародонте.

1.1.2.1.1 Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом, подразделяется на категории в зависимости от типа травмы.

1.1.2.1.1.1 Периодонтальная боль, связанная с гиперокклюзией или гиперартикуляцией
Диагностические критерии:
A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.1 Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом,* и критерию C ниже.
B. Произошло изменение в окклюзионных состояниях, причем возникающая в результате этого гиперокклюзия или гиперартикуляция определяются по меньшей мере одним из следующих признаков:
   1) первичный контакт пораженного зуба во время окклюзии или артикуляции;
   2) гипермобильность зуба.
C. Боль развивается в течение нескольких часов или дней после изменения в окклюзионном состоянии.
D. Боль, вызванная механической провокацией[1].
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:
1. Механической провокацией может быть давление или перкуссия пораженного зуба.

Комментарии:
Периодонтальная боль, связанная с окклюзионными факторами, включает чувствительность периодонтальных ноцицепторов и воспалительный ответ вследствие чрезмерной нагрузки на зуб.

Анамнез включает в себя недавнее восстановление зуба, удаление зуба или другие изменения в окклюзии или артикуляции. Пациент может отмечать ощущение «выросшего» зуба. Клинически наблюдается первичный контакт при окклюзии или артикуляции. Боль может быть воспроизведена перкуссией или в результате давления на зуб. Зуб может иметь повышенную подвижность, а на прицельном рентгенологическом снимке определяется расширение периодонтальной щели.

1.1.2.1.1.2 Послеоперационная периодонтальная боль
Диагностические критерии:
A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.1 Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом,* и критерию C ниже.
B. Хирургическое вмешательство в периодонт.
C. Боль развивается в течение нескольких часов или дней после хирургического вмешательства.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:
Послеоперационная периодонтальная боль носит ятрогенный характер, вызвана хирургическим повреждением

© International Headache Society 2020

тканей и последующим воспалением. Боль варьируется от слабой до умеренной и может сопровождаться отеком и иногда образованием гноя, наблюдаемыми клинически.

Если заживление имеет нормальный физиологический (первичный) характер, боль обычно не длится дольше 1–2 недель.

Иногда наблюдается пролонгированная боль вследствие вторичного заживления и/или послеоперационной инфекции, но она не сохраняется дольше 3 месяцев.

1.1.2.1.1.3 Периодонтальная боль, связанная со случайной травмой зуба

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.1 Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом,* и критерию C ниже.
B. Случайная травма[1] зуба с клиническими и/или рентгенологическими доказательствами одного или более из следующих нарушений:
   1) сотрясение;
   2) подвывих;
   3) латеральная люксация (подвывих);
   4) интрузия;
   5) экструзия;
   6) отрыв;
   7) перелом корня[2].
C. Боль развивается в течение нескольких минут или дней после травмы.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. В случае перелома корня возможная причина – чрезмерная нагрузка на зуб.
2. Перелом корня может быть горизонтальным или вертикальным.

Комментарии:

Случайная травма зуба отмечается у 10–30% населения и практически всецело поражает резцы (75–80% верхней челюсти и 20–25% нижней челюсти). Случаи возникновения заболевания регистрируются в 2–3 пораженных зубах у 100 школьников в год, а травмы постоянных зубов у детей и подростков происходят в 6–34% случаев. Согласно эпидемиологическим данным, несмотря на то что легкие травмы зубов более распространены, у 3% людей в возрасте 6–50 лет отмечается более тяжелая травма, приводящая к боли.

Травма по типу сотрясения, подвывиха и экструзии, включающая поражение пульпы, может приводить к развитию периодонтальной боли совместно с пульпитной болью (см. *1.1.1 Пульпитная боль*).

Травма по типу латерального вывиха и интрузии, вызывающая поражение пульпы и альвеолярной кости, может приводить к периодонтальной боли совместно с пульпитной болью и болью в челюсти (см. *1.1.1 Пульпитная боль* и *1.2.3 Боль в челюсти*).

Травма по типу отрыва, вовлекающая альвеолярную кость, может приводить к периодонтальной боли совместно с *1.2.3 Боль в челюсти.*

Перелом корня – поражение твердой ткани, которое может достичь или не достичь пульпарного пространства. Если пульпа вовлечена, она напрямую подвергается инфицированию микроорганизмами полости рта и быстро воспаляется. Если пульпа жизнеспособна, боль может совпадать с *1.1.1.3.3.2 Пульпитная боль, связанная с необратимым пульпитом вследствие перелома твердой ткани зуба с обнажением пульпы.* В дополнение к случайной травме другой частой причиной перелома корня становится чрезмерная нагрузка на обработанный корневой канал зуба, под штифтовую конструкцию.

Зубная травма служит частой причиной периодонтальной боли. Клинические и рентгенологические признаки, характеристика и выраженность боли зависят от природы и выраженности травматического поражения. Ниже следует краткое описание травматических диагнозов, используемых в стоматологической практике (из Руководства по стоматологической травме, https://dentaltraumafuide.org (по состоянию на январь 2020 г.)).

Периодонтальная боль, связанная с сотрясением, вызвана случайным повреждением периодонта и последующим воспалением. Зуб нормально подвижен, без смещения из альвеолярной лунки. Если ранее корневой канал не подвергался лечению, зуб проявляет наличие жизнеспособной пульпы. Визуализация показывает нормальные перирадикулярные состояния.

Периодонтальная боль из-за подвывиха вызвана случайным повреждением периодонта и последующим воспалением. Отмечается повышенная подвижность, но без смещения. Клинические данные включают кровотечение из десневой борозды. Зуб реагирует на тестирование жизнедеятельности пульпы примерно в 50% случаев. Рентгенографическое исследование может выявить расширение периодонтального пространства.

Периодонтальная боль, связанная с латеральной люксацией, вызвана случайным повреждением периодонта и последующим воспалением. Зуб смещается латерально из своей альвеолярной лунки в комбинации с раздроблением или переломом щечной либо лингвальной/небной альвеолярной кости. Периодонтальная связка частично или полностью разрушена, и в десневой борозде отмечается кровотечение. Зуб обычно неподвижен и может мешать окклюзии и/или артикуляции, обычно не реагирует на тестирование жизнеспособности пульпы. Рентгенологическое исследование показывает изменение ширины периодонтальной щели в зависимости от проекции.

Периодонтальная боль, связанная с интрузией, вызвана случайным повреждением периодонта и последующим воспалением. Зуб смещается аксиально в альвеолярную кость и таким образом кажется короче, чем соседние зубы. Травма сопровождается раздроблением или переломом альвеолы.

© International Headache Society 2020

Другие клинические находки могут включать снижение подвижности и высокий звук при перкуссии. Зуб обычно не реагирует на проверку жизнеспособности пульпы. Рентгенологическое исследование показывает отсутствие или уменьшение ширины периодонтальной связки во всем зубе или его части.

Периодонтальная боль, связанная с экструзией, вызвана случайным повреждением периодонта и последующим воспалением. Зуб смещается аксиально, частично выходит из альвеолярной лунки и таким образом кажется выше. Периодонтальная связка частично или полностью разрушена, отмечается кровоточивость из десневой борозды, но альвеолярная кость лунки цела. Зуб имеет повышенную подвижность и может нарушать окклюзию/артикуляцию, обычно не реагирует на тестирование жизнеспособности пульпы. Рентгенологическое исследование показывает увеличение ширины пространства периодонтальной связки.

Периодонтальная боль, связанная с отрывом, вызвана случайным повреждением периодонта и последующим воспалением. Зуб полностью смещен из альвеолярной лунки, которая оказывается пустой или заполненной коагулянтом. Окружающая альвеолярная кость может быть сломана.

Периодонтальная боль, связанная с переломом корня, вызвана смещением фрагментов и/или последующим воспалением. В анамнезе пациента может быть отметка о случайной травме, но это условие не обязательно. Фрагмент коронки может быть смещен и зуб может быть длиннее соседних зубов, иметь повышенную подвижность и мешать окклюзии/артикуляции. Может быть представлен локальный периодонтальный карман. Визуализация демонстрирует вертикальный или горизонтальный перелом, ограниченный корнем зуба. Если ранее корень не был запломбирован, зуб может реагировать или не реагировать на тестирование жизнеспособности пульпы.

1.1.2.1.1.4 Периодонтальная травма, связанная с другой травмой или повреждением

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.1 Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом*, и критерию C ниже.
B. Неслучайная и ненасильственная[1] травма, затрагивающая пораженный зуб или зубы.
C. Боль развивается в тесной временной связи с травмой или приводит к ее обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Недостаточное охлаждение во время реставрационных стоматологических процедур, межзубные инородные тела (в том числе пища), дефектные зубные протезы или апикально экструдированный эндодонтический материал относятся к травмам, вызывающим периодонтальное воспаление, которые можно диагностировать анамнестическими, клиническими или рентгенологическими способами. Клинические признаки могут включать симптомы острого воспаления (отек, покраснение, гной), повышение подвижности зуба и/или локальный глубокий периодонтальный карман. Если корневой канал ранее не подвергался лечению, зуб обычно демонстрирует жизнеспособную пульпу. Визуализация может выявить локальную потерю маргинального края костной ткани, которая может включать, а может и не включать периапикальную область.

1.1.2.1.2 Периодонтальная боль, связанная с апикальным периодонтитом вследствие эндодонтической болезни

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с периодонтитом (воспаление периодонта).*
B. Диагностирован апикальный периодонтит из-за эндодонтического заболевания.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:

Эндодонтическое заболевание (то есть пульпитное и периапикальное заболевание) часто ассоциируется с болью интенсивностью от легкой до тяжелой. Боль в периодонте из-за эндодонтического заболевания связана с пульпитным, периапикальным, юкстарадикулярным и/или перирадикулярным воспалением. Основной причиной воспаления пульпы зуба и периапикальных тканей становится разрушение твердых тканей зуба, вызванное кариесом, и последующее инфицирование пульпы и системы корневого канала.

1.1.2.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с воспалением пульпы

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.2 Периодонтальная боль, связанная с апикальным периодонтитом вследствие эндодонтической болезни.*
B. Пульпит (обратимый или необратимый), диагностированный на основании двух следующих факторов:
   1) наличие факторов, способных вызвать пульпит;
   2) жизнеспособность пульпы, выявленная при проведении специальных тестов.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

Боль в периодонте, вторичная по отношению к воспалению пульпы, связана с симптоматическим пульпитом. Воспаление периодонта развивается в периапикальной области. Пульпа жизнеспособна, и зуб реагирует на тестирование ее жизнеспособности. Зуб часто чувствителен при перкуссии. Клинические данные могут включать глубокий кариес, глубокое/дефектное восстановление или цервикальную резорбцию корня. Признаки диффузной местной периапикальной резорбции кости или склероза могут проявляться или не проявляться при визуализации.

По данным литературы, отсутствует связь между реальным состоянием пульпы, периодонтом (гистология) и диагностическими данными, включающими настоящие и исторические симптомы, такие как характеристика зубной

© International Headache Society 2020

боли, клинические наблюдения и результаты исследования. Текущая диагностика в значительной степени основана на мнении экспертов и нескольких исследованиях с низкой доказательной базой.

1.1.2.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с воспалением пульпы, часто также отвечает критериям *1.1.1.3 Пульпитная боль, связанная с пульпитом (воспаление пульпы).* В таком случае оба диагноза должны быть исключены.

1.1.2.1.2.2 Периодонтальная боль, связанная с эндодонтической инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.2 Периодонтальная боль, связанная с апикальным периодонтитом вследствие эндодонтической патологии*.
B. Диагностирован частичный или полный некроз пульпы и эндодонтическая инфекция в зубе на основании следующих факторов:
   1) нежизнеспособная пульпа, о чем свидетельствует один из следующих критериев:
      a) прямой осмотр или отсутствие реакции на пульпу при тестировании на жизнеспособность;
      b) ранее депульпированный зуб;
   2) клиническое и/или рентгенологическое свидетельство наличия апикального воспаления.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Клинические данные включают в себя болезненность при перкуссии и/или давление и/или болезненность при пальпации в проекции верхушки зуба.
2. Рентгенологическое подтверждение включает апикальную или юкстарадикулярную деструкцию костной ткани либо склероз.
3. Апикальное воспаление включает в себя симптоматический апикальный периодонтит или острый апикальный абсцесс.

Комментарии:

Боль в периодонте из-за эндодонтической инфекции связана с нежизнеспособной пульпой (или обтурацией корневого канала) и внутриканальной инфекцией. Пульпа полностью или частично некротизирована (если ранее не проводилось эндодонтическое лечение), и тест на ее жизнеспособность отрицательный. Хотя боль может быть локализованной, при выраженности болевого синдрома отмечается иррадиация боли в другие орофациальные области на этой же стороне. Болезненность может вызываться при перкуссии и/или давлении и/или болезненности при пальпации в проекции верхушки зуба и прилегающих областей. Признаки локальной периапикальной резорбции кости выявляются при визуализации. Воспалительный ответ в периапикальных тканях вызван инфекцией корневого канала смешанной флорой. Увеличение частоты боли и отека при апикальном периодонтите связано с наличием специфических анаэробов видов *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus* и *Prevotella*. При местном распространении инфекции может образоваться периапикальный абсцесс.

1.1.2.1.2.2.1 Периодонтальная боль, связанная с интрарадикулярной эндодонтической инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.2.2.1 Периодонтальная боль, связанная с эндодонтической инфекцией.*
B. Инфицирование[1] корневого канала.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Инфекция может быть бактериальной, вирусной, грибковой и др.

Комментарий:

В большинстве зубов с инфицированной некротической пульпой инфекция ограничивается системой корневых каналов. Успешное лечение инфекции обычно приводит к ликвидации боли.

1.1.2.1.2.2.2 Периодонтальная боль, связанная с экстрарадикулярной эндодонтической инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.2.2 Периодонтальная боль, связанная с эндодонтической инфекцией.*
B. Диагностирована экстрарадикулярная инфекция[1] вокруг одного или нескольких зубов.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Инфекция может быть бактериальной, вирусной, грибковой и др.

Комментарии:

При *1.1.2.1.2.2.2 Периодонтальная боль, связанная с экстрарадикулярной эндодонтической инфекцией,* инфекционный агент, вызывающий воспаление пародонта, находится на внешней поверхности корня, апикально, в дополнительных канальных отверстиях или периапикальных тканях.

Экстрарадикулярная эндодонтическая инфекция может возникнуть при интрарадикулярной инфекции или в отсутствие таковой. В обоих случаях микробы поселяются во внешнем апикальном отверстии и поверхности корня, образуя биопленку. Анаэробные виды бактерий, такие как *Actinomyces* и *Propionibacterium*, также способны пребывать в периапикальных тканях на некотором расстоянии от корня, что способствует возникновению болевого синдрома даже после эндодонтического лечения корневого канала.

Боль может сохраняться и после эндодонтической обработки корневого канала. Признаки резорбции наружного апикального корня иногда проявляются во время визуализации.

© International Headache Society 2020

1.1.2.1.3 Периодонтальная боль, связанная с болезнями пародонта

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с периодонтитом (воспаление периодонта),* и критерию C ниже.
B. Диагностировано заболевание пародонта[1].
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинно-следственная связь[2].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Заболевание определено в каждом подтипе.
2. Этот критерий распространяется на все подтипы.

Комментарии:

Периодонтальная боль из-за наличия над- и поддесневых отложений по характеру может быть острой или хронической и, в зависимости от типа, от легкой до сильной.

Заболевание может быть как местным, так и общим в проявлении. К этиологическим факторам заболевания пародонта относят общее состояние организма (сахарный диабет, беременность, половое созревание, менопауза) и местные факторы (курение, прием лекарственных средств, дефицит витаминов). Ряд препаратов, приводящих к гиперплазии десен (например, фенитоин, циклоспорин, блокаторы кальциевых каналов, бисфосфонаты и оральные контрацептивы), могут также стать причиной развития пародонтита в связи с возникновением сложностей в поддержании гигиены рта.

1.1.2.1.3.1 Периодонтальная боль, связанная с хроническим пародонтитом

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3 Периодонтальная боль, связанная с болезнями пародонта*.
B. Диагностирован хронический пародонтит.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

1.1.2.1.3.1 Периодонтальная боль, связанная с хроническим пародонтитом, может быть связана с неудовлетворительной гигиеной полости рта или повышенной подвижностью зубов. Боль обычно провоцируемая и имеет непродолжительный характер. В большинстве случаев боль возникает при развитии воспалительного процесса (см. *1.1.2.1.3.5 Периодонтальная боль, связанная с периодонтальным абсцессом).*

Хронический пародонтит характеризуется медленно прогрессирующим разрушением десневого прикрепления, иногда может наблюдаться период быстрого прогрессирования. Воспалительные клеточные инфильтраты, окружающие источник инфекции, и функциональный дренаж могут ассоциироваться с отсутствием боли или ее незначительным проявлением.

1.1.2.1.3.2 Периодонтальная боль, связанная с агрессивным пародонтитом

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3 Периодонтальная боль, связанная с болезнями пародонта.*
B. Диагностирован агрессивный пародонтит.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

1.1.2.1.3.2 Периодонтальная боль, связанная с агрессивным пародонтитом, ассоциирована с неудовлетворительной гигиеной полости рта и подвижностью зубов. Выраженность боли варьирует и зависит от характера воспаления и степени потери костной ткани.

Агрессивный пародонтит характеризуется потерей десневого прикрепления и может начинаться в юношеском возрасте.

1.1.2.1.3.3 Периодонтальная боль, связанная с пародонтитом как проявлением системного заболевания

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3 Периодонтальная боль*, *связанная с болезнями пародонта*, и критерию D ниже.
B. Диагностировано системное расстройство[1], которое могло стать причиной развития пародонтита.
C. Пародонтит развился как проявление системного расстройства.
D. Причинно-следственная связь обусловлена клинически.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Системное расстройство определено в каждом подтипе.

Комментарии:

Пародонтит как развивается на фоне над- и поддесневых отложений, так и провоцируется системными заболеваниями. Заболевания, перечисленные ниже, служат причиной пародонтита. Пародонтит может перейти из хронического состояния в агрессивное из-за заболеваний, вызванных над- и поддесневыми отложениями.

1.1.2.1.3.3 Периодонтальная боль, связанная с пародонтитом как проявлением системного заболевания, может сопровождаться неудовлетворительной гигиеной полости рта и подвижностью зубов. Боль обычно слабая или умеренная, появляется только при провокации, непродолжительная. Однако в литературе нет точных научных доказательств того, в какой степени пародонтит выступает проявлением системных заболеваний.

© International Headache Society 2020

1.1.2.1.3.3.1 Периодонтальная боль, связанная с гематологическим заболеванием

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3.3 Периодонтальная боль, связанная с пародонтитом как проявлением системного заболевания.*
B. Системные заболевания следующих видов:
   1) приобретенная нейтропения;
   2) лейкоз;
   3) другое известное гематологическое заболевание, которое может вызвать пародонтит.

1.1.2.1.3.3.2 Периодонтальная боль, связанная с генетическими заболеваниями

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3.3 Периодонтальная боль, связанная с пародонтитом как проявлением системного заболевания.*
B. Наличие одного из следующих системных расстройств:
   1) семейная и циклическая нейтропения;
   2) синдром Дауна;
   3) синдромы дефицита адгезии лейкоцитов;
   4) синдром Папийона – Лефевра;
   5) синдром Чедиака – Хигаси;
   6) гистиоцитозные синдромы;
   7) болезнь накопления гликогена;
   8) детский генетический агранулоцитоз;
   9) синдром Коэна;
   10) синдром Элерса – Данлоса (типы IV и VIII);
   11) гипофосфатазия;
   12) другие генетические расстройства, которые могут вызывать пародонтит.

1.1.2.1.3.3.3 Периодонтальная боль, связанная с неспецифическим системным заболеванием

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3.3 Периодонтальная боль, связанная с пародонтитом как проявлением системного заболевания.*
B. Известно, что системное расстройство может вызывать пародонтит, но не является ни гематологическим, ни генетическим[1].

Примечание:

1. Системные расстройства, связанные с пародонтитом, в настоящее время недостаточно хорошо описаны в источниках литературы.

1.2.1.3.4 Периодонтальная боль, связанная с некротическим язвенным пародонтитом

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3 Периодонтальная боль, связанная с болезнями пародонтита,* и критерию C ниже.
B. Диагностирован некротический язвенный пародонтит.
C. Боль развивалась в течение нескольких часов или дней от начала появления изъязвлений.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

Некротический язвенный пародонтит – редкая оральная инфекция. Более тяжелая ее форма – некротический (язвенный) гингивит, который кроме разрушения мягких тканей также включает потерю десневого прикрепления и альвеолярной кости. Эти два состояния часто объединяют термином «некротизирующие заболевания пародонта», связанным с системными заболеваниями и иммунными дисфункциями. Предрасполагающие факторы включают в себя сильный стресс, недосыпание, алкоголь, курение и ВИЧ-инфекцию.

1.1.2.1.3.4 Периодонтальная боль, связанная с некротическим язвенным пародонтитом, как правило, тяжелая. Боль провоцируется раздражением пострадавшего зуба или окружающих тканей, также может возникать спонтанно.

Клинически можно наблюдать некротические поражения мягких тканей и потерю десневого крепления.

1.1.2.1.3.5 Периодонтальная боль, связанная с пародонтальным абсцессом

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1.3 Периодонтальная боль, связанная с болезнями пародонта,* и критерию C ниже.
B. Диагностирован абсцесс пародонта на основании одного или обоих факторов:
   1) клинические признаки острого воспаления[1] и потери десневого крепления[2];
   2) рентгенологическое подтверждение маргинальной и перирадикулярной резорбции кости.
C. Боль развивалась в тесной временной связи с абсцессом[3].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Клинические признаки включают отек, покраснение, чувствительность и/или наличие гноя.
2. Потеря десневого крепления подтверждается повышенной подвижностью и/или локальным глубоким пародонтальным карманом.
3. Обычно появляются в течение от нескольких часов до нескольких дней до появления абсцесса.

Комментарии:

Пародонтальный абсцесс представляет собой обострение хронического пародонтита или агрессивного пародонтита, при котором боль обычно усиливается. Помимо отека также наблюдаются признаки над- и поддесневых отложений, повышенная подвижность зубов и глубокий пародонтальный карман. Если ранее не проводилось эндодонтическое лечение, пульпа проявляет признаки жизнеспособности. Признаки маргинальной и перирадикулярной резорбции кости, включая периапикальную область, наблюдаются во время визуализации.

© International Headache Society 2020

Боль может быть локализованной, однако при выраженности болевого синдрома отмечается ее иррадиация в другие орофациальные области на той же стороне. При перкуссии и пальпации боль воспроизводится и усиливается.

1.1.2.1.4 Периодонтальная боль, связанная с апикальным и маргинальным периодонтитом, вызванным сочетанием эндодонтической инфекции и болезни пародонта

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с пародонтитом,* и критерию C ниже.
B. Диагностированы[1] следующие нарушения:
   1) частичный или полный некроз пульпы, а также ранее проведенное эндодонтическое лечение;
   2) заболевания пародонта.
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинно-следственная связь.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Диагноз основывается на клинических и рентгенографических доказательствах.

Комментарий:

Комбинированное эндодонтическое поражение и поражение пародонта могут протекать бессимптомно. Боль может быть умеренной или сильной. Другие клинические признаки выражаются острым воспалением (отек, покраснение, наличие гноя), наддесневыми и поддесневыми отложениями, повышенной подвижностью зубов и глубоким пародонтальным карманом. Если ранее не проводилось эндодонтическое лечение, жизнеспособность пульпы не проявляется или отсутствует. Признаки резорбции маргинальной и перирадикулярной кости, включая периапикальную область, проявляются во время визуализации. Боль может быть локализованной, однако при усилении болевого синдрома может иррадиировать в другие орофациальные области на той же стороне. Боль может воспроизводиться или усиливаться при перкуссии и пальпации.

1.1.2.1.5 Периодонтальная боль, связанная с инфекционным периимплантитом (инфекционный процесс области вокруг имплантата)

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с пародонтитом (воспаление пародонта) в области имплантата,* и критерию C ниже.
B. Клиническое[1] и/или рентгенологическое[2] свидетельство инфекции вокруг имплантата.
C. Установлена анатомическая, функциональная и/или временная причинно-следственная связь.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Клинические данные включают признаки острого воспаления (отек, покраснение, наличие гноя) и/или потерю десневого прикрепления (повышенная подвижность, глубокие карманы).
2. Рентгенографические данные включают рентгенопрозрачность, частично или полностью окружающую имплантат.

Комментарии:

Воспаление, окружающее зубной имплантат, чаще всего протекает безболезненно, но при возникновении боль обычно бывает от умеренной до тяжелой.

Другие клинические находки могут включать зубной налет и/или отложения на поверхности имплантата. Плохая костная интеграция имплантата свидетельствует о горизонтальной краевой потере костной ткани или локализованной периимплантатной резорбции кости и проявляется во время визуализации.

У пациентов с *1.1.2.1.5 Периодонтальная боль, связанная с инфекционным периимплантитом (инфекционный процесс области вокруг имплантата),* также может развиться *1.1.3 Гингивальная боль.*

1.1.2.2 Периодонтальная боль, связанная с местной невоспалительной причиной

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.2 Периодонтальная боль* и критерию C ниже.
B. Диагностировано[1] местное невоспалительное заболевание[2], которое в состоянии вызвать периодонтальную боль.
C. Причина боли клинически вероятна на основе анатомической и/или временной связи.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Диагноз ставится на основании клинических, визуальных и/или гистологических данных.
2. Примерами таких нарушений служат пародонтальная киста или опухоль.

Комментарии:

1.1.2.2 Периодонтальная боль, связанная с местной невоспалительной причиной, обычно имеет интенсивность от легкой до умеренной.

Пародонтальные кисты, апикальные кисты и опухоли часто протекают бессимптомно, но могут возникнуть такие симптомы, как боль, локальный отек и смещение одного или нескольких зубов. В таких случаях боль вызвана механической нагрузкой, например, жеванием или надкусыванием, и легко определяется самим пациентом. Есть вероятность возникновения спонтанной боли, которая в редких случаях бывает сильной.

© International Headache Society 2020

1.1.3 Гингивальная боль

Описание:

Боль, вызванная воспалением десен без нарушения целостности зубодесневого соединения.

Другие варианты кодировки:

В других разделах гингивальная боль, возникающая на фоне заболеваний, затрагивающих другие ткани полости рта, классифицируется как гингивальная боль, связанная с альвеолитом («сухая лунка») (см. *1.2.3.5 Боль в челюсти, связанная с лечением*); гингивальная боль, связанная с периодонтитом (см. *1.1.2.1 Периодонтальная боль, связанная с периодонтитом (воспаление периодонта)*; гингивальная боль, связанная с апикальным периодонтитом (см. *1.1.2.1.2 Периодонтальная боль, связанная с апикальным периодонтитом вследствие эндодонтической болезни*); гингивальная боль в верхней челюсти, связанная с острым некротическим сиалоаденитом (см. *2.2.2.1 Боль в слюнной железе, связанная с вирусной инфекцией*).

Для получения информации о гингивальной боли, связанной с невропатией, см. *4.1 Боль, связанная с поражением или заболеванием тройничного нерва*. Триггерные зоны при *4.1.1 Тригеминальная невралгия* могут располагаться в деснах и проявляться интенсивным болевым приступом при легком прикосновении к ним, иррадиировать по зоне иннервации данного нерва. В результате пациенты не могут носить зубные протезы в этой области. Гингивальная боль также может возникнуть как часть раннего клинического проявления *4.1.1 Тригеминальная невралгия* и предшествовать началу приступообразной боли.

Для получения информации о периферической невропатии, связанной с гингивальной болью, см. *4.1.2 Другая тригеминальная нейропатическая боль.*

Для получения информации об идиопатической гингивальной боли см. *6. Идиопатическая орофациальная боль*. Синдром жжения рта может также влиять на десны, проявляясь локализованной или более широко распространенной гингивальной болью (см. *6.1 Синдром жжения рта*). Стойкая идиопатическая зубоальвеолярная боль часто ассоциируется с локализованной болью в деснах (см. *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль*).

У пациентов, предъявляющих жалобы на боль в области десны, может быть хроническая широко распространненая боль или сочетание нескольких причин и механизмов развития боли, связанных с центральной сенситизацией.

Диагностические критерии:

A. Любая боль в десне[1], отвечающая критерию C.
B. Клинические, лабораторные, визуальные и/или анамнестические данные поражения или нарушения тканей десны, которые могут причинять боль.
C. Причинно-следственная связь подтверждается хотя бы двумя из следующих критериев:
   1) локализация боли соответствует участку/участкам боли[1];
   2) боль развилась во временной связи с началом появления поражения или расстройства;
   3) боль усугубляется манипуляциями на пораженной десневой ткани.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:

1. Боль может также относиться и/или распространяться на другую сторону или лицевые области.

1.1.3.1 Гингивальная боль, связанная с гингивитом (воспалением десен)

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3 Гингивальная боль*.
B. Диагностирован[1] гингивит[2].
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Диагноз ставится путем клинического наблюдения воспалительных признаков (отек, покраснение и кровотечение) в деснах.
2. Гингивит, вызванный травмой, инфекцией или системным расстройством, определен в каждом подтипе.

Комментарий:

Гингивит может быть вызван инфекцией вследствие специфических или неспецифических микробных организмов, травмы (физической, тепловой, радиационной или химической), аутоиммунной или аллергической реакции.

1.1.3.1.1 Гингивальная боль, связанная с травмой

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3.1 Гингивальная боль*, связанная с гингивитом (воспалением десен), и критерию C ниже.
B. Произошла травма[1] или повреждение[2] с поражением тканей десны.
C. Оба из следующих нарушений:
   1) боль локализуется у травмированных тканей;
   2) боль развивалась в течение нескольких минут или дней после травмы или во время травмы.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Травма может быть механической, термической или химической.
2. Поражение может быть случайным или неслучайным, причиненным другими, нанесенным самому себе, либо ятрогенным.

Комментарии:

Травма тканей десны вызывает острое воспаление и может быть болезненной в различной степени. Травматическое изъязвление десны может быть острым или хроническим. Диагностика хронической формы затруднена из-за фиброза или различных форм клинического проявления предрака.

© International Headache Society 2020

1.1.3.1.1 Гингивальная боль, связанная с травмой, может быть от легкой до тяжелой и усугубляться механической нагрузкой на десну. Характер боли может быть спонтанным.

Причины *1.1.3.1.1 Гингивальная боль, связанная с травмой*, включают в себя как случайные повреждения зубов, так и вызванные микротравмой, например, во время еды или питья чрезмерно горячих продуктов или напитков, после лечения зубов, либо травмой из-за чистки зубов зубной нитью или другими зубными средствами. Тщательный сбор анамнеза обычно предупреждает врача о травматической этиологии или ожоге, вызванном горячей пищей или химическими веществами. Обследование может выявить причинный фактор, например, сломанный зуб, реставрацию или неподходящий протез. Изъязвление из-за местной анестезии наиболее часто происходит в твердом нёбе в результате давления и ишемического некроза. Плохо прилегающие протезы могут вызвать болезненные изъязвления. Чрезмерное прорезывание зубов или парафункциональные привычки могут также вызвать местную травму десны с последующим воспалением и болью. Ятрогенное повреждение десен происходит во время большинства стоматологических операций, например, при удалении зубов, хирургическом лечении десен или пародонта, стоматологической восстановительной терапии. Химические ожоги могут быть связаны с неправильным использованием противовоспалительных таблеток или возникать из-за стоматологического лечения. Самоповреждение редко служит причиной травмы десны.

Травма зубов также может вызвать боль из-за воспаления десен (см. *1.1.2.1.1 Периодонтальная боль, связанная с травматическим периодонтитом*).

1.1.3.1.2 Гингивальная боль, связанная с инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, соответствующая критериям для *1.1.3.1 Гингивальная боль, связанная с гингивитом (воспалением десен)*, и критерию C ниже.
B. Диагностировано[1] инфицирование[2] тканей десны.
C. Боль развивалась в тесной временной связи с инфицированием или привела к его появлению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Диагноз основывается на анамнестических данных, клинических наблюдениях и/или микробиологическом анализе.
2. Инфекция может быть бактериальной, вирусной или грибковой, как указывается в каждом подтипе.

Комментарии:

Инфекция тканей десны вызывает острое воспаление и может быть болезненна в различной степени: боль может быть от слабой до тяжелой и усугубляется механическим воздействием на десны. Также может вызываться спонтанно.

Приобретенная или врожденная иммуносупрессия может привести к повышенному риску инфицирования десен. У пациентов на иммуносупрессивной терапии могут развиваться разнообразные оппортунистические инфекции, включая псевдомембранозный кандидоз и другие грибковые и вирусные поражения. Терапия фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) увеличивает риск развития туберкулеза. Пациенты на инфликсимабе и адалимумабе с комбинированной иммуномодулирующей терапией могут быть сильнее подвержены туберкулезу, гистоплазмозу и/или кокцидиомикозным инфекциям. Противоревматические препараты, в том числе метотрексат, абатацепт и алефацепт, увеличивают риск простого герпеса, опоясывающего герпеса и туберкулеза.

1.1.3.1.2 Гингивальная боль, связанная с инфекцией, делится на подтипы в соответствии с вызвавшим ее микроорганизмом.

1.1.3.1.2.1 Гингивальная боль, связанная с бактериальной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3.1.2 Гингивальная боль, связанная с инфекцией*.
B. Инфекция бактериальная.

Комментарии:

Бактериальные инфекции служат наиболее распространенными причинами инфекций полости рта и боли в десне и могут быть связаны с основной стоматологической патологией, например, пародонтитом или эндодонтическими инфекциями, и могут проявляться как отек, воспаление и боль в деснах.

Острый язвенно-некротический гингивит (или язвенно-некротический гингивит, некротический язвенный пародонтит или язвенно-некротический стоматит) – оппортунистические инфекции десен, вызванные множеством бактерий у истощенных детей, молодых людей и пациентов с иммунодефицитом. Язвенно-некротический гингивит часто является первоначальной стадией, переходящей в некротический язвенный пародонтит, язвенно-некротический стоматит и в конечном итоге – гангрену лица. Такую форму изъязвлений отличают некроз и изъязвление межзубного десневого сосочка, мучительная боль, тяжелый галитоз, регионарная лимфаденопатия, недомогание и лихорадка. Перикоронит (воспаление вокруг коронки зуба), вызывающий боль, чаще всего связан с прорезыванием третьих моляров. Другие зубные ряды, как постоянные, так и молочные, могут иметь легкий перикоронит во время прорезывания зубов. Если зуб поврежден и не в состоянии до конца прорезаться, может наблюдаться острая или рецидивирующая инфекция. Боль появляется в результате иммунного ответа человека на анаэробные бактерии, поселившиеся в биопленке, которую нельзя отделить от третьего моляра, частично покрытого мягкими тканями.

© International Headache Society 2020

1.1.3.1.2.2 Гингивальная боль, связанная с вирусной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3.1.2 Гингивальная боль, связанная с инфекцией*.
B. Инфекция вирусная.

Комментарии:

Инфицированные ткани десны часто могут быть изъязвлены и болезненны на ощупь. Боль может возникать во время еды или резко усиливаться при приеме горячих, холодных, кислых блюд или напитков. Интенсивность боли может быть настолько выраженной, что больной не в состоянии есть или пить, вплоть до обезвоживания организма.

Вирус простого герпеса (ВПГ) – наиболее распространенный вирус, который воздействует на слизистую оболочку полости рта. Герпетический гингивостоматит, первичная инфекция ВПГ-1, в основном влияет на детей и проявляется либо как бессимптомная инфекция, либо на слизистой оболочке образуются везикулы с последующим болезненным изъязвлением, затрагивающим кератинизированную и некератинизированную слизистую оболочку десны. Взрослые с первичной инфекцией страдают симптоматическим герпетическим фаринготонзиллитом, проявляющимся в виде везикул, которые быстро распадаются на болезненные мелкие изъязвления.

Другие вирусные инфекции тканей десны включают в себя вирус ветряной оспы, вирус папилломы человека, цитомегаловирус, вирусы Коксаки и ВИЧ-инфекции.

1.1.3.1.2.3 Гингивальная боль, связанная с грибковой инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3.1.2 Гингивальная боль, связанная с инфекцией*.
B. Инфекция грибковая.

Комментарий:

Боль в десне, связанная с грибковой инфекцией, встречается редко, и данных литературы недостаточно. Болезненные проявления оральной грибковой инфекции обычно поражают слизистую оболочку полости рта.

1.1.3.1.3 Гингивальная боль, связанная с аутоиммунной реакцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3.1 Гингивальная боль, связанная с гингивитом (воспалением десен)*, и критерию C ниже.
B. Диагностировано аутоиммунное заболевание или расстройство, которое в состоянии вызвать гингивальную боль[1].
C. Причина боли клинически вероятна.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Примерами служат пемфигоид слизистой оболочки, синдром Шегрена и пузырчатка.

Комментарии:

1.1.3.1.3 Гингивальная боль, связанная с аутоиммунной реакцией, может быть от легкой до тяжелой и усугубляется механическим раздражением десны. Может возникнуть спонтанная боль.

Некоторые дерматологические иммуноопосредованные пузырно-сосудистые поражения могут присутствовать в слизистой оболочке либо одновременно с патологией кожи, как первоначальные проявления, или, иногда, как единственная клиническая картина.

Пемфигоид слизистой оболочки – общее систематическое аутоиммунное заболевание с преимущественным вовлечением слизистых оболочек. Антитела направлены на белки кератиноцитов в соединительную адгезию тканевого матрикса или полудесмосомы (BP180 и ламинин-332), вызывая отщепление эпителия от лежащего в основе соединительнотканного ложа. Субэпителиальная природа отщепления приводит к образованию везикул с толстой крышей, которые могут оставаться неповрежденными при осмотре. Разрыв везикулы оставляет язвенные поражения, лишенные какого-либо эпителия, покрытые желто-белым налетом. Частая находка – десквамативный гингивит (эритематозная и рыхлая десна с разрушением эпителия).

Синдром Шегрена – системное аутоиммунное заболевание, которое часто сопутствует другим системным соединительнотканным или органоспецифическим аутоиммунным заболеваниям. Эта связь хорошо описана для системной красной волчанки и ревматоидного артрита. Слизистая оболочка альвеолярной кости может быть повреждена и даже травмирована сухой пищей. Присутствие синдрома Шегрена в некоторой степени влияет на проявление другого аутоиммунного заболевания, например, за счет повышения утомляемости и риска лимфомы.

Пемфигус, группа иммуноопосредованных субэпителиальных буллезных дерматозов, опосредуется аутоантителами, направленными на белки адгезии кератиноцитов (десмосомы), вызывающих акантолиз. Пузырчатка обыкновенная чаще всего поражает полость рта, в основном с аутоантителами, направленными против десмоглеина-1 и -3 (слизистые формы) или только -3 (слизистые формы). Боль в десне из-за пузырчатки нечаста, так как болезнь поражает в основном слизистую оболочку полости рта.

1.1.3.1.4 Гингивальная боль, связанная с гиперчувствительностью или аллергической реакцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3.1 Гингивальная боль, связанная с гингивитом (воспалением десен)*, и критерию C ниже.

© International Headache Society 2020

B. Гиперчувствительность или аллергическая реакция в десневой ткани[1].
C. Боль развивалась совместно с гиперчувствительностью или аллергической реакцией, либо привела к ее появлению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Гиперчувствительность или аллергическая реакция может быть вызвана зубным материалом (например, временный или постоянный реставрационный или оттискной материал), средством для гигиены полости рта, местным лекарственным средством, системным лекарством, пищей или пищевой добавкой, либо другими факторами.

Комментарии:

1.1.3.1.4 Гингивальная боль, связанная с гиперчувствительностью или аллергической реакцией, может быть от легкой до тяжелой и усугубляться механическим раздражением десен. Может возникнуть спонтанная боль.

Аллергические реакции и гиперчувствительность слизистой оболочки полости рта встречаются реже, чем кожные, вероятно, из-за разбавления аллергена и постоянного смывания потоком слюны. Поражения могут проявляться неспецифическим отеком тканей, эритемой, растрескиванием, изъязвлением, гиперкератотическими белыми бляшками или шелушением слизистой оболочки.

Обычно можно определить временную или пространственную связь с провоцирующим агентом. Однако в случае лекарственной гиперчувствительности поражения могут начаться спустя длительное время после введения препарата и продолжаться несколько месяцев после прекращения его введения, осложняя диагностику и лечение.

Реакция гиперчувствительности к системному препарату или при прямом контакте может привести к клинико-гистологическим изменениям, напоминающим красный плоский лишай. Возможно аналогичное использование терминов «пероральная лихеноидная лекарственная реакция» и «оральное лихеноидное контактное поражение», которые могут быть представлены выраженным изъязвлением, обычно с эритемой и белыми полосами по краям изъязвлений.

Амальгама часто провоцирует оральное лихеноидное контактное поражение, что подтверждается патч-тестами на чувствительность к ртути и амальгаме. Такая реакция наблюдается при контакте с амальгамовыми пломбами, а также у некоторых пациентов, получавших ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВП и пероральные гипогликемические препараты.

В настоящее время имеются подробные данные о потенциальных лекарственных реакциях, вызывающих поражение слизистой оболочки полости рта. Фиксированная лекарственная сыпь – одна из форм гиперчувствительности, известная своей фиксированной анатомической природой, вызываемая НПВС и другими средствами (оксикам, габапентин, флуконазол, системные антибактериальные и противогрибковые препараты). Фиксированную лекарственную сыпь следует подозревать в случаях временной связи с приемом лекарств, она может быть подтверждена через патч-тест или оральный провокационный тест. Подавить фиксированную лекарственную сыпь можно путем отказа от лекарственных средств или их замещения, в то время как острое поражение можно лечить местными или системными стероидами.

Аллергический контактный стоматит может быть вызван применением слепочных, реставрационных материалов, а также содержанием бензокаина, корицы в зубной пасте, ополаскивателе полости рта и жевательной резинке. Поражения могут быть локальными или широко распространенными и появиться в виде смешанных красных и белых пятен с изъязвлениями, отечности щек и шелушения, появляющихся на губах, щеках, языке и деснах.

Лекарственный фиброз с эпителиальной или фиброваскулярной гиперплазией иногда может иметь болезненные проявления, вероятно, из-за основной инфекции пародонта, вызванной нарушениями гигиены полости рта в этих условиях.

1.1.3.1.5 Гингивальная боль, связанная с гингивитом вследствие другой причины

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3.1 Гингивальная боль, связанная с гингивитом (воспалением десен)*, и критерию C ниже.
B. Диагностировано нарушение, кроме описанных в 1.1.3.1.1 и 1.1.3.1.4 [1], которое может вызвать гингивит.
C. Боль развивалась в тесной временной связи с расстройством или привела к его появлению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Такие расстройства включают эндокринные или обменные нарушения, гематологические, желудочно-кишечные и дерматологические заболевания, вызванные наркотическими препаратами (кроме вызванных гиперчувствительностью или аллергией), а также генетические расстройства.

Комментарии:

1.1.3.1.5 Гингивальная боль, связанная с гингивитом вследствие другой причины, может быть от легкой до тяжелой и усугубляется механическим повреждением десны. Боль может возникнуть спонтанно.

Может возникнуть воспаление тканей десны, связанное с системным заболеванием, расстройством или состоянием, либо с лечением таких состояний.

Физиологические состояния, такие как беременность и менопауза, могут вызвать эндокринные изменения, которые проявляются дискомфортом и болью в деснах. Системные расстройства, которые могут вызвать гингивит, включают эндокринные заболевания (гипотиреоз, сахарный диабет), недостаток микроэлементов (железо, комплекс витаминов группы B, цинк), анемию, желудочно-кишечные

© International Headache Society 2020

расстройства (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), расстройства, вызванные лекарственными препаратами, и генетические расстройства.

Эпулис представляет собой гиперпластическое неопухолевое поражение, которое происходит в основном из тканей десны. Существует несколько гистологических типов, из которых наиболее распространенный – гранулематозный, форма пиогенной гранулемы, чаще всего проявляющийся во время беременности. Он растет в основном из капилляров в результате эндотелиальной пролиферации и появляется обычно на вестибулярной части верхней челюсти в течение третьего триместра (иногда обозначается как «опухоль при беременности»). Обычно поражение бессимптомное, кроме самого его присутствия, но оно может стать болезненным из-за вмешательства на зубах или при использовании зубного протеза. Этиологическими факторами выступают ненадлежащее соблюдение гигиены полости рта, которое приводит к хроническому гингивиту, и высокий уровень активного прогестерона в деснах, который действует по еще не определенному механизму.

Возникший при противоопухолевой терапии мукозит, связанный с химиотерапией и облучением, в основном влияет на слизистую оболочку ротовой полости (см. *1.2.1.1.1.3 Боль слизистой оболочки полости рта*, связанная с облучением или химиотерапией), но может также повлиять на десну и вызвать в ней боль.

Доброкачественные гиперпластические поражения или опухоли с участием десны обычно не связаны непосредственно с болью, но могут стать болезненными, если травмируются и/или инфицируются в результате вмешательства на зубах или при использовании протезов (см. *1.1.3.1.1 Гингивальная боль, связанная с травмой,* или *1.1.3.1.2 Гингивальная боль, связанная с инфекцией*).

1.1.3.2 Гингивальная боль, связанная со злокачественным новообразованием

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.1.3 Гингивальная боль* и критерию C ниже.
B. Диагностировано злокачественное поражение тканей десны.
C. Причинность боли вероятна на основании анатомической и/или временной связи.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

Неспецифические язвы в области десны могут быть проявлением как первичных, так и метастатических злокачественных новообразований. Подозрительные участки могут выглядеть как очаги лейкоплакии или эритроплакии, новообразования могут иметь экзофитный характер роста или изъязвляться. Опухоль, как правило, имеет вид плотного с округлыми краями образования. При увеличении поражений в размере могут возникать боли или онемение.

1.1.3.2 Гингивальная боль, связанная со злокачественным новообразованием, может быть от легкой до тяжелой и усугубляться механическим раздражением десны. Может возникнуть спонтанная боль.

1.2 Боли слизистой оболочки полости рта, в слюнной железе и челюсти

Описание:

Боль, вызванная поражением или заболеванием, затрагивающим недентальные ткани полости рта и периоральной области: слизистую оболочку полости рта, слюнные железы и костные ткани челюсти.

Другие используемые кодировки:

В случае боли, источником которой служат челюстно-лицевые мышцы, см. *2. Миофасциальная орофациальная боль.* При боли от ВНЧС – см. *3. Боль в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС).*

1.2.1 Боль слизистой оболочки полости рта

Описание:

Боль, связанная с заболеванием или поражением слизистой оболочки полости рта.

Другие варианты кодировки:

При боли слизистой оболочки полости рта, обусловленной невропатией, см. *4.1 Боль, связанная с поражением или болезнью тройничного нерва.* (Боль слизистой оболочки полости рта может быть ранним клиническим симптомом *4.1.1 Тригеминальная невралгия:* диффузная глубокая «пре-тригеминальная боль», которая иногда предшествует характерной пароксизмальной боли. Триггерные зоны при *4.1.1 Тригеминальная невралгия* могут быть расположены в слизистой оболочке полости рта; легкое прикосновение к ним провоцирует типичные интенсивные приступы пароксизмальной боли в области иннервации пораженной ветви тройничного нерва.)

При боли слизистой оболочки полости рта, обусловленной периферической невропатией, см. *4.1.2 Другая тригеминальная нейропатическая боль.*

При идиопатической боли в слизистой оболочке полости рта см. *6. Идиопатическая орофациальная боль.* При синдроме жжения рта, представляющем собой локальную или распространенную боль в слизистой полости рта, см. *6.1 Синдром жжения рта.*

Для постоянной идиопатической дентоальвеолярной боли, при которой может возникать локальная болезненность прилегающей слизистой, см. *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль.*

Следует учитывать, что боль слизистой оболочки полости рта у пациентов с хронической болью или другими болевыми синдромами может быть связана с центральной сенситизацией и другими механизмами.

© International Headache Society 2020

Диагностические критерии:

A. Любая боль слизистой полости рта[1], отвечающая критерию C.
B. Клинические, лабораторные, рентгенологические и/или анамнестические данные о поражении или заболевании слизистой полости рта, при которых может развиваться боль[2].
C. Доказательства причинно-следственной связи продемонстрированы всеми следующим факторами:
   1) локализация боли соответствует области поражения или заболевания[1];
   2) боль развивается в тесной временной связи с возникновением поражения или заболевания;
   3) боль усиливается при манипуляциях (воздействии) в области пораженной слизистой оболочки полости рта.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Боль может распространяться и/или иррадиировать на другие области лица и полости рта с той же стороны.
2. Поражению или заболеванию соответствует пункт классификации ниже.

Комментарии:

Боль в слизистой полости рта может быть обусловлена местными и общими причинами. Боль в слизистой полости рта часто характеризуется жжением, покалыванием или болезненным ощущением. Различные поражения слизистой полости рта, такие как язвы, эрозии и везикулы, служат частыми причинами боли.

Термины «стоматит» и «оральный мукозит» часто воспринимают как синонимы, однако они не отражают идентичные процессы. Стоматит относится к любому воспалению слизистой полости рта, возникающему вследствие местных инфекций, травм или основных системных заболеваний. Мукозит возникает вследствие лучевого и химиотерапевтического лечения.

Большое разнообразие заболеваний слизистой полости рта и системных заболеваний сопровождаются развитием боли в результате образования язв или эрозий, которые, в свою очередь, различаются глубиной поражения слизистой.

- Язва слизистой оболочки – дефект слизистой полости рта, сопровождающийся распадом и некрозом эпителиального слоя. Она включает поражение как эпителия, так и собственной пластинки слизистой, поражая границу соединительнотканной основы, может вовлекать подслизистую основу, а в некоторых случаях даже мышцы или надкостницу.
- Эрозия слизистой оболочки — поверхностный дефект слизистой оболочки с поражением поверхностных слоев эпителиальных клеток и незначительным поражением собственной пластинки.

1.2.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1 Боль слизистой оболочки полости рта* и критерию C ниже.
B. Диагностировано воспаление слизистой оболочки полости рта.
C. Боль развилась в тесной временной связи с воспалением или послужило причиной его обнаружения.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарий:

Боль слизистой оболочки полости рта, вызванная язвами или другими поражениями слизистой, часто сопровождается различными болезненными и неприятными ощущениями. Жгучая боль часто бывает выраженной, приводя к нарушению функций ротовой полости (прием пищи, разговоры), качества жизни и сна.

1.2.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с травмой или повреждением

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта*, и критерию C ниже.
B. Травма или повреждение[1] слизистой оболочки рта.
C. Оба следующих критерия:
   1) локализация боли соответствует локализации повреждения или травмы тканей слизистой;
   2) боль возникает в течение нескольких минут или дней после травмы или повреждения.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Травма или повреждение могут быть как случайными, так и умышленно нанесенными другими или самим себе, а также ятрогенными. Механизм травмы и повреждения указывается в следующих подпунктах классификации.

1.2.1.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с неятрогенной травмой или повреждением

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с травмой или повреждением.*
B. Неятрогенная травма или повреждение[1].

Примечание:

1. Травма может быть механической, термической или химической, случайной или умышленно нанесенной другими или самим себе.

Комментарии:

Причинами *1.2.1.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с неятрогенной травмой или повреждением*, могут быть не только зубные травмы, но и микротравмы,

© International Headache Society 2020

возникшие, например, во время приема чрезмерно горячей пищи или напитков, а также травмы, возникшие во время чистки зубов или при использовании зубной нити или других инструментов для межзубных промежутков. Обследование часто помогает выявить причинный фактор, такой как нижележащий перелом нижней или верхней челюсти либо перелом альвеолярного отростка, корня зуба, либо только повреждение мягких тканей. Плохо прилегающие протезы могут вызывать болезненное изъязвление десны. Гиперпрорезывание зубов (неправильный прикус/расположение зубов) или парафункциональные привычки (кусание или жевание твердых предметов, таких как ногти, ручки и др., или привычное покусывание губ, языка или щек) также могут вызвать травматизацию слизистой оболочки полости рта с последующим развитием воспаления и болью. Химические ожоги могут быть связаны с неправильным употреблением противовоспалительных таблеток (например, сосание таблеток, предназначенных для проглатывания) или с употреблением слишком горячих напитков или пищи. Самоповреждение – редкая причина травмы слизистой оболочки рта. У пациентов с дистонией или невропатией травмы в полости рта могут быть рецидивирующими.

Травматическое повреждение слизистой оболочки полости рта приводит к воспалению и болезненным ощущениям различной интенсивности. Травматическое изъязвление слизистой оболочки полости рта может быть острым или хроническим. Диагностика хронического изъязвления осложняется развитием фиброза и появлением признаков предрака. Тщательный сбор анамнеза часто позволяет врачу правильно предположить причину – травма или ожог, вызванный приемом горячей пищи или химическими веществами.

По интенсивности *1.2.1.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, вызванная неятрогенной травмой или повреждением,* может быть от незначительной до интенсивной и усиливается при механическом воздействии на слизистую рта. Возможна спонтанная боль.

1.2.1.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с хирургическим или другим локальным ятрогенным повреждением

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с травмой или повреждением.*
B. Травма или повреждение связаны с хирургическими или другими локальными ятрогенными процедурами[1].

Примечание:

1. Механические, термические или химические процедуры.

Комментарий:

К причинам *1.2.1.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с хирургическим или другим локальным ятрогенным повреждением,* относят хирургические травмы и повреждения, полученные при стоматологическом или ином лечении полости рта, например, при выполнении местной анестезии и других стоматологических манипуляций, осложнившихся повреждением слизистой. Ятрогенное повреждение слизистой оболочки полости рта возникает во время большинства хирургических операций, применяемых в стоматологии, таких как удаление зубов, хирургическое вмешательство в области десны и пародонта. Термические травмы возникают при использовании электрокоагулятора и лазера, химические – в результате неправильного использования, например, дезинфицирующих средств или стоматологических материалов.

1.2.1.1.1.3 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с облучением или химиотерапией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с травмой или повреждением.*
B. Травма или повреждение обусловлены проведением лучевой терапии или химиотерапии.

Комментарии:

Термин «оральный мукозит» используют при эритематозных и язвенных поражениях слизистой оболочки полости рта у пациентов, получающих лучевую терапию или химиотерапию злокачественных опухолей головы и шеи. Частота и тяжесть мукозита полости рта различны в зависимости от типа и дозы терапии. Элементы поражения слизистой, как правило, представлены эритемой и изъязвлением, вызывающими нарушение приема пищи и гигиены рта, а также увеличивающими риск образования локальных и систематических инфекций. При этом состоянии также возможны нарушение вкуса и появление сухости во рту.

Патогенез орального мукозита многофакторный. Полученные данные позволили выстроить патогенетическую модель, предполагающую пять последовательных стадий.

В отсутствие инфекций мукозит заживает в пределах 2–4 недель после окончания цитотоксической химиотерапии.

Мукозит может усугубляться местными факторами, а также инфекциями. Осложнения прежде всего ассоциированы с развитием боли и негативным влиянием на функции ротовой полости, однако при ухудшении качества жизни в период иммунодефицита или ослабленного иммунитета представляют угрозу для жизни. В частности, присоединение инфекции в период иммуносупрессии может привести к развитию сепсиса. Важным элементом лечения мукозитов считается адекватное обезболивание.

© International Headache Society 2020

1.2.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта,* и критерию C ниже.
B. Диагностирована инфекция[1] слизистой оболочки рта[2].
C. Боль развилась в тесной временной связи с инфекцией или послужила причиной ее обнаружения.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Инфекция может быть бактериальной, вирусной или грибковой, как указано в каждом подпункте.
2. На основании анамнеза заболевания, клинических наблюдений и/или микробиологических исследований.

Комментарии:

Присоединение инфекции вызывает острое воспаление тканей слизистой оболочки полости рта. *1.2.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с инфекцией,* может быть от незначительной до интенсивной, усиливаясь при механическом воздействии на слизистую рта. Возможна спонтанная боль.

В зависимости от вида микроорганизма заболевание делится на подтипы.

1.2.1.1.2.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с бактериальной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с инфекцией*.
B. Инфекция бактериальная.

Комментарии:

Бактериальные инфекции – наиболее распространенные инфекции, поражающие слизистую ротовой полости и вызывающие воспаление. Болевой синдром зачастую обусловлен заболеваниями зубов, пародонта или периапикальных тканей зуба, для которых характерно развитие отека, воспаления и боли слизистой оболочки полости рта.

1.2.1.1.2.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с бактериальной инфекцией, может быть от незначительной до интенсивной, усиливаясь при механическом воздействии на слизистую рта. Возможна спонтанная боль.

Острый некротический язвенный гингивит, или язвенно-некротический гингивит, периодонтит или стоматит – инфекционные поражения слизистой оболочки полости рта у детей с недостаточностью питания, молодых людей и пациентов с иммунодефицитом, вызываемые оппортунистической инфекцией. Дебютирует заболевание с развития язвенно-некротического гингивита, в дальнейшем оно может переходить в язвенно-некротический периодонтит, язвенно-некротический стоматит и, в конечном итоге, в ному (гангрену тканей лица, челюстей и полости рта), отличающуюся от предыдущих форм развитием некроза, язв слизистой оболочки полости рта, выраженной болью, сильным неприятным запахом изо рта, регионарной лимфаденопатией, недомоганием и лихорадкой. При поражении альвеолярной костной ткани могут развиться ее некроз и секвестрация, что потребует удаления соответствующих зубов.

Сифилис, вызванный инфекцией *Treponema pallidum*, по-прежнему широко распространен в популяции, чаще среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Первичный сифилис развивается в области заражения слизистой оболочки, в том числе в полости рта, и представлен высококонтагиозной одиночной язвой с уплотненными краями и односторонней лимфаденопатией на стороне поражения, с заживлением в течение 3 недель. Появление специфической сыпи характерно для вторичного сифилиса и часто сопровождается макулопапулезной сыпью ладонно-подошвенных поверхностей рук и ног в сочетании с генерализованной лимфаденопатией.

Поражения слизистой в полости рта могут возникать в результате прямого инфицирования бледной трепонемой или вторично вследствие гематогенного распространения от основного очага. Самые ранние симптомы – зуд, сухость или жжение во рту, сопровождающиеся выраженной болью во время приема пищи или разговора. Чаще всего поражаются миндалины и ротоглотка, при этом слизистая полости рта диффузно воспалена или изъязвлена. Отмечается увеличение вязкости слюны, возникает неприятный запах изо рта. В тяжелых случаях развивается лихорадка, а при осмотре определяется подчелюстная лимфаденопатия.

В дифференциальной диагностике орофациальных патологий следует учитывать развитие лекарственной устойчивости к *Mycobacterium tuberculosis*, а также увеличение числа случаев выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных людей в Восточной и Южной Африке. Типичным для вторичных форм туберкулеза является образование болезненных язв с неровными подрытыми краями и наличием плотного инфильтрата в виде густой слизи в основании. Гематогенное распространение *Mycobacterium tuberculosis* из легких и вторичное поражение слизистой оболочки полости рта в результате аутоинокуляции язвы мокротой лежат в основе патогенеза туберкулеза. Первичный туберкулез полости рта – относительно редкая форма туберкулеза, как правило, ассоциированная с *Mycobacterium bovis*. Язвы напоминают хронические изъязвления с признаками малигнизации, поэтому необходимо проведение диагностической биопсии. Часто сопутствуют такие симптомы, как боль, лихорадка, лимфаденопатия, осиплость голоса и потеря веса.

Приобретенная или врожденная иммуносупрессия повышает риски инфекционных заболеваний слизистой полости рта. У пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, часто диагностируют оппортунистические инфекции, включая псевдомембранозный кандидоз, другие грибковые и вирусные инфекции. Применение

© International Headache Society 2020

ингибиторов ФНО-α повышает риски развития туберкулеза; применение инфликсимаба и адалимумаба в комбинации с иммуномодулирующей терапией повышает риск развития туберкулеза, гистоплазмоза и кокцидиомикоза; использование противоревматических препаратов, включая метотрексат, абатацепт и алефацепт, увеличивает вероятность возникновения туберкулеза, простого и опоясывающего герпеса.

1.2.1.1.2.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с вирусной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с инфекцией.*

B. Инфекция вирусная[1].

Примечание:

1. Идентификация вируса проводится методом полимеразной цепной реакции на образцах, взятых из мазков полости рта в области боли.

Комментарии:

При вирусном поражении слизистой полости рта наблюдаются явления острого воспаления. *1.2.1.1.2.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с вирусной инфекцией,* может быть от незначительной до интенсивной и усиливается при механическом раздражении слизистой полости рта. Возможна спонтанная боль.

К вирусным инфекциям слизистой оболочки полости рта относят ВПГ, вирус ветряной оспы и опоясывающего герпеса, вирус папилломы человека, цитомегаловирус, вирусы Коксаки и ВИЧ-инфекцию.

Обратите внимание, что в МКГБ-3 определены критерии для болевых краниальных невропатий и других лицевых болей, связанных с вирусом *Herpes zoster* (*13.1.2.1 Болевая тригеминальная невропатия, связанная с Herpes zoster*).

Поражения слизистой оболочки при вирусных инфекциях часто представлены в виде эрозий, болезненных при пальпации. Боль может возникать во время еды или резко усиливаться при приеме горячих, холодных, кислых блюд или напитков. Интенсивность боли может быть настолько выраженной, что больной не в состоянии есть или пить, вплоть до обезвоживания организма.

Наиболее часто поражения слизистой полости рта вызваны ВПГ. Первичный герпетический гингивостоматит обусловлен преимущественно ВПГ и поражает главным образом детей. Может протекать бессимптомно либо с появлением на слизистой везикул с последующим образованием болезненных эрозий. Поражается как ороговевающий, так и неороговевающий эпителий слизистой полости рта и десен. Болевой синдром нередко сопровождается неприятным запахом изо рта, общей слабостью, повышением температуры тела, лимфаденитом подчелюстных и шейных лимфоузлов. У взрослых при первичном инфицировании ВПГ развивается герпетический фаринготонзиллит. Вначале образуются везикулы, которые быстро превращаются в поверхностные болезненные эрозии.

Реактивация ВПГ в виде лабиального герпеса происходит под влиянием различных факторов: стресс, воздействие ультрафиолета, местная анестезия при лечении зубов и др. В продромальном периоде беспокоит жжение, затем на гиперемированной слизистой появляется около пяти небольших везикул, заполненных жидкостью. После их разрыва остаются болезненные поверхностные эрозии. В дальнейшем эрозии сливаются друг с другом и покрываются корочками.

Герпангина (синдром «рука – нога – рот») вызывается вирусами группы Коксаки, эховирусами и другими энтеровирусами. Заболевают преимущественно дети до 10 лет. На передних небных дужках, мягком нёбе, небном язычке и/или миндалинах появляются высыпания в виде красных пятен и везикул, на месте которых возникают ограниченные изъязвления диаметром около 5 мм. Характерно повышение температуры тела, боль в горле и головные боли. Язвы заживают через 4–6 *дней.*

Herpes zoster вызывается реактивацией вируса ветряной оспы (*Varicella zoster* или вирус герпеса человека 3-го типа). Болеют преимущественно лица пожилого возраста, а также люди с ослабленным иммунитетом. Инфекция характеризуется появлением зудящей везикулярной сыпи с изъязвлениями и корочками, локализующейся по ходу дерматома, соответствующего пораженному ганглию, в котором вирус находился в латентном состоянии. На слизистой оболочке полости рта корочки не образуются, а поражения представлены эрозивными папулами. Жжение и жгучая боль в пораженном дерматоме сопровождаются появлением пузырьков, заполненных жидкостью. Пузырьки разрываются, на их месте образуются болезненные поверхностные эрозии, при слиянии которых формируются большие эрозивные участки. Высыпания в полости рта указывают на поражение нижнечелюстной или верхнечелюстной ветвей тройничного нерва, патогномоничным признаком служит ограниченность сыпи по средней линии. У больных с иммунодефицитом описаны случаи остеонекроза челюсти с выпадением зубов. Патологический процесс часто локализован в нескольких областях по ходу пораженной ветви тройничного нерва (см. также *4.1.2.1 Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с Herpes zoster*; *4.1.2.2 Тригеминальная постгерпетическая невралгия*).

Клинические проявления вируса папилломы человека включают появление одиночных или множественных папиллярных образований. Без травматизации новообразования, как правило, безболезненны.

Инфекционный мононуклеоз – инфекция, вызванная вирусом Эпштейна – Барр, которая характеризуется воспалительными изменениями в ротоглотке с появлением многочисленных мелких эрозий и последующим увеличением лимфатических узлов. К другим клиническим признакам относят кровоточивость десен, на границе твердого и мягкого нёба часто выявляются петехии.

© International Headache Society 2020

1.2.1.1.2.3 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с грибковой инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с инфекцией.*

Б. Инфекция грибковая.

Комментарии:

Воспаление слизистой полости рта, обусловленное грибковой инфекцией. *1.2.1.1.2.3 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с грибковой инфекцией,* может быть от незначительной до интенсивной и усиливается при механическом раздражении слизистой полости рта. Возможна спонтанная боль.

В последнее время растет распространенность грибковых инфекций полости рта, в том числе и кандидоза. В качестве основных причин нарушения гомеостаза полости рта и развития грибковых инфекций выделяют иммунодефицитные состояния: ВИЧ-инфекцию, СПИД, иммуносупрессивную терапию, длительное использование антибиотиков широкого спектра действия и кортикостероидов. К другим предрасполагающим факторам относят сахарный диабет и гиперфункцию слюнных желез.

Candida albicans – наиболее распространенная причина грибковых инфекций. При эритематозной форме кандидоза наблюдаются гиперемия слизистой и болевой синдром. Срединный ромбовидный глоссит – заболевание, характеризующееся поражением языка. Выделяют три основных типа: псевдомембранозный тип характеризуется появлением участков белого налета, при снятии которого обнаруживается воспаленная, гиперемированная и кровоточащая слизистая; для эритематозного типа характерно появление красных пятен, зачастую с ощущением жжения; для ангулярного хейлита – воспаление в уголках рта с образованием трещин и покраснением кожи. К сопутствующим симптомам относят сухость во рту, жжение, покалывание, зуд и металлический привкус во рту.

Другие грибковые инфекции, такие как мукормикоз, аспергиллез, гистоплазмоз, бластомикоз и паракокцидиоидомикоз, также следует рассматривать в качестве причин боли слизистой оболочки полости рта. Несмотря на небольшую распространенность этих грибковых заболеваний, наиболее часто встречаются аспергиллез и мукормикоз. Заражение происходит путем вдыхания спор из почвы, навоза, зерна, круп или плесени. Аспергиллез и мукормикоз относят к поверхностным и инвазивным оппортунистическим микозам, поражающим слизистую полости рта у людей с ослабленным иммунитетом.

1.2.1.1.3 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с аутоиммунной реакцией

Диагностические критерии:

A. Боль отвечающая критериям *1.2.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта*, и критерию С ниже.

B. Диагностировано аутоиммунное заболевание или расстройство, которое может быть причиной боли слизистой оболочки рта[1].

C. Боль развивается в тесной временной связи с аутоиммунным заболеванием или расстройством либо приводит к их обнаружению.

D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Пузырчатка, пемфигоид слизистых оболочек, рецидивирующий афтозный стоматит, красный плоский лишай, многоформная эритема, синдром Шегрена, болезнь Бехчета, реакция «трансплантат против хозяина», красная волчанка (системная и дискоидная формы), мигрирующая эритема, болезнь Крона, язвенный колит и целиакия.

Комментарии:

1.2.1.1.3 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с аутоиммунной реакцией, может быть от незначительной до интенсивной и усиливается при механическом раздражении слизистой полости рта. Возможна спонтанная боль или только от воздействия каких-либо раздражителей. Прогноз при болевом синдроме зависит от эффективности лечения основного аутоиммунного заболевания.

Поражение слизистой полости рта при иммуноопосредованных везикуло-язвенных дерматозах может быть как изолированным, так и с поражением кожи, и служит первым или единственным клиническим проявлением заболевания.

Пузырчатка относится к группе иммуноопосредованных субэпителиальных буллезных дерматозов. В развитии акантолиза важная роль принадлежит циркулирующим аутоантителам к белкам межклеточной адгезии кератиноцитов (десмосомам). Вульгарная пузырчатка поражает преимущественно ткани полости рта. При поражении слизистых оболочек отмечаются аутоантитела к десмоглеину-3, при наличии слизисто-кожных высыпаний – к десмоглеину-1 и -3. Средний возраст начала заболевания – 40–60 лет. Клиническая картина характеризуется возникновением дряблых внутриэпителиальных пузырей с тонкими стенками. Покрышка пузырей быстро вскрывается, обнажая на слизистой большие болезненные эрозии неправильной формы.

Пемфигоид слизистых оболочек – распространенный системный аутоиммунный буллезный дерматоз с преимущественным поражением слизистых оболочек. Циркулирующие антитела направлены против белков межклеточной адгезии кератиноцитов: к внеклеточному матриксу или полудесмосомам (BP180 и ламинин-332), что приводит к потере связи эпителия с нижележащим слоем соединительной ткани. Субэпителиальный разрыв приводит к образованию толстостенных пузырьков. При осмотре они часто сохраняются неповрежденными. Разрыв пузырьков приводит к появлению на слизистой эрозий, лишенных эпителия и покрытых желто-белым налетом.

Рецидивирующий афтозный стоматит представляет собой наиболее распространенную форму изъязвления

© International Headache Society 2020

слизистой оболочки полости рта у здоровых людей. Термин следует использовать при рецидивирующих язвах слизистой оболочки полости рта, не связанных с каким-либо системным заболеванием и нередко возникающих в детском или подростковом возрасте. Чаще всего поражается слизистая оболочка, лишенная кератина, в частности, внутренняя поверхность щек, губ и мягкое нёбо. В качестве возможных этиологических факторов выступают различные местные и системные факторы: иммунологические, аллергические, алиментарные, инфекционные, социальные стрессовые факторы, а также прием иммунодепрессантов. На наследственный характер указывает увеличение распространенности заболевания среди близких родственников. Рецидивирующий афтозный стоматит имеет нетипичное клиническое проявление у ВИЧ-инфицированных пациентов, что всегда необходимо учитывать в дифференциальной диагностике изъязвления слизистой полости рта у таких больных. При возникновении рецидивирующего афтозного стоматита в более позднем возрасте могут быть поражены и другие слизистые оболочки, поэтому важно учитывать историю болезни и данные физикального осмотра. В случаях развития афтозных язв необходимо исключать воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, возникающие при болезни Крона, целиакии, болезни Бехчета, синдроме Свита, циклической нейтропении, ВИЧ-инфекции или приеме лекарственных препаратов.

Выделяют малую и большую формы рецидивирующего афтозного стоматита. Первый вариант – самый распространенный – характеризуется появлением от 1 до 5 язв диаметром не более 10 мм, окруженных ярко-красным воспалительным ореолом. Язвы эпителизируются в течение 10–14 дней. Большая форма рецидивирующего афтозного стоматита (болезнь Сеттона) проявляется развитием более глубоких и крупных язв (более 10 мм в диаметре) с неровными краями, для их заживления требуются недели или месяцы.

Красный плоский лишай – одно из распространенных воспалительных заболеваний кожи хронического течения. Страдают преимущественно женщины среднего возраста. Точный патогенез остается неизвестным, однако определенную роль в повреждении базальной мембраны играют различные субпопуляции Т-лимфоцитов и тучные клетки. Спектр клинических проявлений заболевания чрезвычайно разнообразен и включает атрофический, эрозивный, язвенный и, реже, буллезный варианты. Патологический процесс в полости рта, как правило, двусторонний и относительно симметричный, и представлен поражением исключительно слизистой оболочки полости рта либо в сочетании с десквамативным гингивитом и/или поражением кожных покровов. Для эрозивно-язвенных форм красного плоского лишая характерно образование множественных болезненных изъязвлений, покрытых фибринозным налетом и окруженных неглубокими белыми бороздами. Метаанализ данных показал, что вероятность злокачественного перерождения красного плоского лишая составляет около 1%, при этом чаще поражается слизистая оболочка языка, а болеют преимущественно женщины пожилого возраста, однако эти результаты требуют дальнейшего изучения.

Многоформная эритема представляет собой цитотоксическую реакцию гиперчувствительности IV типа, опосредованную Т-клетками, на различные антигены (вирусные, бактериальные, фармакологические или химические), в результате которой происходит гибель эпителиальных клеток путем активации апоптоза. Предполагается, что в развитии цитотоксической реакции важную роль играют антитела к десмоплакину I и II. Многоформная эритема наблюдается главным образом у молодых здоровых людей и часто рецидивирует одновременно с ВПГ-инфекцией. В полости рта высыпания могут как быть изолированными, так и возникать до вовлечения в патологический процесс других слизистых оболочек. Поражения губ обычно сопровождаются отечностью, возникновением трещин с геморрагическими корками, возможно появление пузырей или эрозий.

Синдром Шегрена – аутоиммунное системное заболевание, обычно сочетающееся с другими системными заболеваниями соединительной ткани или органоспецифическими аутоиммунными заболеваниями. Наличие подобной взаимосвязи хорошо прослеживается при системной красной волчанке и ревматоидном артрите. Слизистые полости рта становятся воспаленными, а прием твердой пищи может приводить к возникновению осадненных ран и порезов. Синдром Шегрена в некоторой степени влияет на развитие других аутоиммунных заболеваний, например, синдрома хронической усталости и лимфом.

Болезнь Бехчета – мультисистемное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся язвенным поражением слизистой полости рта и половых органов, воспалением глаз. Наряду с этим могут возникать неврологические нарушения и поражения сосудов. Рецидивирующие болезненные изъязвления появляются на мягком нёбе, языке, слизистой оболочке щек и губ, по внешнему виду напоминают афты диаметром от нескольких миллиметров до сантиметров. Высокие показатели заболеваемости отмечаются в странах Средиземноморья и Азии, особенно в Турции.

Реакция «трансплантат против хозяина» характеризуется лихеноидными, папулезными и эритематозными поражениями, иногда с изъязвлениями или шелушением на слизистой оболочке щек, губ, нёбе и дорсальной поверхности языка. Часто сопровождается лихорадкой, недомоганием, тошнотой и сухостью во рту. Поражения полости рта могут быть вызваны и сопутствующей лучевой терапией, химиотерапией, развитием вторичных инфекций и приемом иммунодепрессантов.

Поражение полости рта при системной красной волчанке отмечается более чем у половины пациентов и чаще всего представлено болезненными изъязвлениями

© International Headache Society 2020

слизистой оболочки щек и губ на ранней стадии заболевания. Клиническим проявлением дискоидной красной волчанки также могут быть изъязвления и эритематозные высыпания с белыми полосками на слизистой или без таковых. Дискоидная красная волчанка рассматривается как потенциально злокачественное заболевание из-за повышенного риска развития плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта, особенно при поражении нижней губы.

Мигрирующая эритема (географический язык, доброкачественный мигрирующий глоссит) – распространенное воспалительное заболевание полости рта неизвестной этиологии, встречается примерно у 1–3% населения. Дискомфорт, жжение и покалывание в полости рта беспокоит 30% пациентов. Обычно поражается язык, хотя могут поражаться и другие участки слизистой полости рта. Мигрирующая эритема состоит из круглых, четко очерченных эритематозных пятен, окруженных белым ободком, которые обычно расположены на боковых, дорсальных, передних и/или вентральных поверхностях языка. Внешний вид эритемы обусловлен атрофией и поражением нитевидных сосочков. Наиболее частые предлагаемые диагнозы – атопический дерматит и псориаз. Заболевание не следует путать с болезнью Лайма, на ранней стадии которой также выявляются характерные высыпания.

Поражения полости рта при болезни Крона представлены мультифокальными, линейными, узловыми или диффузными утолщениями слизистой оболочки губ и щек, а также щечно-десневой складки. Возможно развитие болезненного язвенного и атрофического глоссита.

При язвенном колите на гиперемированной слизистой оболочке полости рта определяются беспорядочно расположенные или объединенные в группы или линии пустулы. У некоторых пациентов наряду с пустулами развиваются болезненные афтозные поражения.

Целиакия может сопровождаться болезненными афтозными изъязвлениями слизистой. В результате нарушения всасывания железа и витамина B могут возникать жжение и покалывание в области языка.

К другим редким аутоиммунным или идиопатическим причинам изъязвления слизистой оболочки рта, сопровождающимся болезненностью слизистой и изменением ее чувствительности, относят эозинофильную гранулему, гиперэозинофильный синдром гигантоклеточного артериита, некротизирующую сиалометаплазию, узелковый периартериит, реактивный артрит (синдром Рейтера), острый фебрильный нейтрофильный дерматоз (синдром Свита) и гранулематоз Вегенера.

1.2.1.1.4 Боль в слизистой оболочке полости рта, связанная с гиперчувствительностью или аллергической реакцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта,* и критерию C ниже.
B. Реакция гиперчувствительности или аллергическая реакция на слизистой полости рта[1].
C. Боль развилась в тесной временной связи с реакцией гиперчувствительности или аллергической реакцией.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Реакция гиперчувствительности или аллергическая реакция может развиваться на стоматологические материалы и изделия (например, временный или постоянный, реставрационный или оттискной материал), средства гигиены полости рта, препараты для местного применения, лекарственные средства, продукты питания или пищевые добавки, а также другие провокаторы.

Комментарии:

1.2.1.1.4 Боль в слизистой оболочке полости рта, связанная с гиперчувствительностью или аллергической реакцией, может быть от незначительной до интенсивной и усиливается при механическом раздражении слизистой полости рта. Возможно развитие болевых ощущений как от воздействия различных факторов, так и спонтанно.

Развитие синдрома оральной аллергии характерно для людей, страдающих аллергией на пыльцу деревьев, травы или сорные растения. Распространенными причинами возникновения синдрома оральной аллергии служат свежие фрукты, овощи и сырые орехи. Ведущими симптомами становятся зуд и/или отек губ, языка, мягкого неба и/или глотки, также возможно развитие системных реакций, включающих тошноту и рвоту.

Контактные аллергические реакции в полости рта имеют различные клинические проявления, включая стоматит, лихеноидные поражения, эрозии, волдыри и изъязвления, и могут быть обусловлены стоматологическими материалами, средствами гигиены полости рта и пищевыми добавками.

Аллергические реакции и реакции гиперчувствительности на слизистой полости рта встречаются реже, чем на коже, что, вероятно, связано с уменьшением концентрации аллергена и постоянным процессом слюноотделения. Характерно развитие отека, покраснения, появление трещин, изъязвлений, гиперкератозных белых бляшек и/или шелушение слизистой оболочки.

Аллергический контактный стоматит встречается нечасто, однако может развиваться в результате использования зубного реставрационного и оттискного материалов, местного анестетика бензокаина и, часто, при применении зубных паст, средств для полоскания полости рта или жевательных резинок, содержащих в составе корицу. Поражения представлены в виде ограниченных или обширных гиперемированных и светлых участков с эрозиями на слизистой в сочетании с отечностью внутренней поверхности щек и шелушением губ, щек, языка и десен.

Реакция гиперчувствительности характеризуется клиническими и гистологическими признаками, напоминающими красный плоский лишай, и возникает в результате инфекционного заболевания или при использовании

© International Headache Society 2020

препаратов системного действия. Для описания вышеуказанных состояний применяют термины «оральная лихеноидная лекарственная реакция», «лихеноидная токсикодермия» и «лихеноидный контактный дерматит». В обоих случаях выявляют глубокие эрозии, как правило, с белыми полосами на гиперемированном фоне по периферии изъязвления. Обычно можно идентифицировать временно-пространственную взаимосвязь с провокатором аллергической реакции. Амальгама часто приводит к развитию лихеноидного контактного дерматита, что подтверждается в кожных аллергических пробах с ртутью и амальгамой. Оральная лихеноидная лекарственная реакция встречается наиболее часто у пациентов, получающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, НПВС и пероральные гипогликемические препараты.

В случае гиперчувствительности к лекарственным препаратам затрудняет диагностику и лечение то, что аллергические реакции могут развиваться по прошествии длительного времени после первого приема лекарственного средства и сохраняются в течение нескольких месяцев после его отмены.

Фиксированная лекарственная сыпь – вариант реакции гиперчувствительности, характеризующийся повторными высыпаниями на одних и тех же участках кожи после приема оксикамов или иных групп НПВС, габапентина, флуконазола, антибактериальных и противогрибковых препаратов системного действия. Фиксированная лекарственная сыпь предполагается при наличии временной связи между приемом лекарств и аллергической реакцией и подтверждается в кожных или пероральных провокационных пробах. В основе метода лечения лежит полная отмена или замена лекарственного препарата, также применяют топические или системные кортикостероиды.

Лекарственно-индуцированная гиперплазия эпителиальной и соединительной тканей или фиброваскулярная гиперплазия сопровождается возникновением болезненных ощущений и обусловлена инфекционными поражениями тканей пародонта на фоне плохой гигиены полости рта.

1.2.1.1.5 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта вследствие другой причины

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта,* и критерию C ниже.
B. Диагностировано заболевание, которое может быть причиной боли слизистой оболочки полости рта, за исключением тех, что определены в пунктах 1.2.1.1.1–1.2.1.1.41.
C. Причина боли клинически вероятна.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Нарушения и заболевания эндокринной системы, дефицит питательных веществ, заболевания крови, желудочно-кишечного тракта и дерматологические заболевания кожи, а также нарушения, связанные с лекарственными средствами (за исключением реакции гиперчувствительности или аллергии).

Комментарии:

1.2.1.1.5 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с воспалением слизистой оболочки полости рта вследствие другой причины, может быть от незначительной до интенсивной и усиливается при механическом раздражении слизистой полости рта. Возможна спонтанная боль.

Дискомфорт и болезненность слизистой оболочки полости рта вследствие изменений физиологического статуса организма, например, при беременности и менопаузе, обусловлены изменениями в эндокринной системе. К другим причинам воспаления слизистой оболочки полости рта относят различные системные заболевания: эндокринные заболевания (гипотиреоз, сахарный диабет), дефицит питательных веществ (железа, витаминов группы В, цинка), заболевания желудочно-кишечного тракта и нарушения, связанные с лекарственными средствами (за исключением реакции гиперчувствительности и аллергии).

При дефиците железа, витамина B_{12} и фолиевой кислоты развивается атрофический глоссит. Для него характерна атрофия нитевидных сосочков языка, в результате чего тыльная поверхность языка становится «лакированной» и красной. В других областях слизистой полости рта также могут наблюдаться покраснения и атрофия. В тяжелых случаях развиваются афтозные язвы. Поражению слизистой полости рта часто предшествует чувство жжения и покалывания. При выраженном дефиците витамина B_{12} часто беспокоят парестезии. У таких пациентов наблюдается предрасположенность к развитию ангулярного хейлита.

При гематологических заболеваниях, таких как анемия, низкий уровень гематокрита, нейтропения и другие нарушения количественного состава лейкоцитов, парапротеинемии, лейкоз, миелодиспластический синдром, слизистая полости рта становится рыхлой, в результате чего развиваются болезненные эрозии и язвы.

Боль слизистой оболочки полости рта может беспокоить при гастроэзофагеальной рефлюксной или язвенной болезнях, при которых развивается мальабсорбция и, как следствие, возникает дефицит питательных веществ.

К дерматологическим заболеваниям кожи, сопровождающимся болезненными поражениями слизистой оболочки полости рта, относят герпетиформный дерматит, IgA-зависимый линейный дерматоз, буллезный эпидермолиз и хронический язвенный стоматит.

Патогенез мукозита на фоне противоопухолевого лечения представляет собой сложный каскад реакций, включающий образование активных форм кислорода, вследствие которого возникает диффузное воспаление, атрофия, отек, эритема и изъязвления слизистой. Выделяют химиотерапевтический и постлучевой мукозиты. При лучевой терапии

© International Headache Society 2020

поражения слизистой ограничены областью облучения, в то время как при химиотерапии поражается слизистая всего пищеварительного тракта. На развитие и степень тяжести мукозита оказывают влияние дозировка и тип цитотоксических препаратов, а также доза ионизирующего излучения и область облучения. Во всех случаях применения противоопухолевой терапии следует использовать клинические рекомендации по тактике лечения оральных мукозитов на фоне химиотерапии и лучевого лечения.

Доброкачественные гиперпластические заболевания или опухоли слизистой оболочки полости рта обычно не сопровождаются болью, однако при травматизации и/или присоединении инфекции, например, во время смыкания зубов или использования зубных протезов, могут возникать болевые синдромы (см. *1.2.1.1.1 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с травмой или повреждением*, и *1.2.1.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная с инфекцией*).

1.2.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная со злокачественным новообразованием

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.1 Боль слизистой оболочки полости рта* и критерию C ниже.
B. Диагностировано новообразование слизистой полости рта.
C. Боль развивается в тесной временной и/или анатомической связи с возникновением новообразования.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

1.2.1.2 Боль слизистой оболочки полости рта, связанная со злокачественным новообразованием, может быть от незначительной до интенсивной и усиливается при механическом раздражении слизистой полости рта. Возможна спонтанная боль.

Множественные как первичные, так и метастатические поражения слизистой полости рта проявляются в виде неспецифических эрозий и язв. Плоскоклеточная карцинома представляет собой наиболее распространенное злокачественное новообразование полости рта. Опухоль обычно имеет вид язвы с плотными, приподнятыми по типу валика, краями, спаянными с нижележащим слоем, часто беспокоит боль и/или онемение.

1.2.2 Боль в слюнной железе

Описание:

Боль, вызванная поражением или заболеванием слюнных желез.

Диагностические критерии:

A. Любая боль в слюнной железе, отвечающая критерию C.
Б. Клинические, лабораторные, рентгенологические и/или анамнестические данные о поражении или заболевании слюнной железы, при которых может развиваться боль[1].
C. Доказательства причинно-следственной связи продемонстрированы всеми следующими факторами:
   1) локализация боли соответствует области/областям поражения или заболевания;
   2) один или оба из следующих:
      a) боль развивается в тесной временной связи с возникновением поражения или заболевания;
      b) боль усиливается при пальпации в области пораженной слюнной железы.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Поражение или заболевание соответствует каждому подпункту.

1.2.2.1 Боль в слюнной железе, связанная с обструкцией протоков слюнной железы

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.2 Боль в слюнной железе* и критерию C ниже.
B. Диагностирована обструкция слюнного протока[1].
C. Боль развивается в тесной временной связи с обструкцией или приводит к ее обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. К причинам обструкции слюнного протока относят сиалолитиаз, образование слизистой пробки, опухоль, травму или ятрогенное повреждение слюнной железы или слюнного протока.

Комментарии:

При обструкции слюнного протока пациентов обычно беспокоят острая рецидивирующая боль и отек пораженной большой слюнной железы. Выраженность болевого синдрома и отека зависит от степени обструкции слюнных протоков и присоединения вторичной инфекции.

Редко причинами боли становятся доброкачественные и злокачественные опухоли слюнных желез. Объемные образования обычно безболезненные, однако за счет обструкции протока слюнной железы или ее сдавления боль может возникать вторично.

К ятрогенным причинам относят поражения слюнных желез в результате проводимой терапии, например, радиоактивным йодом (^{131}I). У пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы после терапии высокоактивным радиоактивным йодом нарушается функция слюнных желез. Радиоактивный йод активно накапливается в тканях слюнных желез. Наиболее частыми осложнениями выступают сиалоаденит, снижение секреции слюнных желез и ксеростомия, что приводит к воспалению слюнных желез и боли.

1.2.2.2 Боль в слюнной железе, связанная с инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.2 Боль в слюнной железе* и критерию C ниже.

© International Headache Society 2020

B. Диагностирована[1] инфекция[2] слюнных желез.
C. Боль развивается в тесной временной связи с инфекцией или приводит к ее обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания, клинических наблюдений и/или микробиологических исследований.
2. Инфекция может быть бактериальной или вирусной, как указано в каждом подпункте.

1.2.2.2.1 Боль в слюнной железе, связанная с бактериальной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.2.2 Боль в слюнной железе, связанная с инфекцией*.
B. Инфекция бактериальная.

Комментарии:

Стафилококк – самая распространенная бактериальная инфекция, поражающая слюнную железу.

Бактериальный сиалоаденит бывает острым и хроническим. Основным предрасполагающим фактором к развитию острой или хронической гнойной инфекции является уменьшение секреции слюны, что способствует ретроградному микробному обсеменению слюнного протока. Острый сиалоаденит характеризуется болезненным односторонним отеком слюнной железы, зачастую вместе с околоушной железой. В области выходного отверстия слюнного протока определяется гнойное отделяемое. У пациента может наблюдаться покраснение кожи над пораженной областью или даже образование абсцесса в слюнной железе, характерно недомогание, повышение температуры тела и увеличение шейных лимфатических узлов. Бактериальный сиалоаденит чаще возникает у пожилых и людей с ослабленным иммунитетом, так как на фоне системных заболеваний, приема лекарственных препаратов или обезвоживания развивается гипофункция слюнных желез, другая причина – обструкция слюнных протоков камнем, слизистой пробкой, ростом опухоли или вследствие травмы. После перенесенного острого процесса при сохранении предрасполагающих факторов развивается хронический сиалоаденит.

1.2.2.2.2 Боль в слюнной железе, связанная с вирусной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.2.2 Боль в слюнной железе, связанная с инфекцией*.
B. Инфекция вирусная.

Комментарии:

Вирусные инфекции, такие как паротит, ВИЧ-инфекция, цитомегаловирус, могут привести к реактивному отеку слюнных желез и, соответственно, развитию боли.

При паротите чаще всего поражаются околоушные железы. Заболевание характеризуется быстро нарастающим отеком околоушных желез с двух сторон, болезненных при пальпации, в 25% случаев наблюдается отек только с одной стороны. Во время разговора и при жевании в области воспаления беспокоит выраженная боль, особенно при наличии частичной обструкции протока. Наиболее часто болеют дети в возрасте от 4 до 6 лет.

1.2.2.3 Боль в слюнной железе, связанная с рецидивирующим ювенильным паротитом

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.2 Боль в слюнной железе* и критерию C ниже.
B. Диагностирован рецидивирующий ювенильный паротит.
C. Боль развивается или возобновляется в тесной временной связи с возникновением или рецидивом паротита.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

Рецидивирующий ювенильный паротит – распространенное воспалительное заболевание слюнных желез у детей, характеризующееся рецидивирующим отеком околоушных желез с одной или двух сторон, с болью или без нее, как правило, связанное с необструктивным расширением протока околоушной и слюнной желез. Заболеваемость имеет два пика: первый приходится на возраст 2–5 лет, второй – 10 лет. Наиболее характерными симптомами становятся отек, боль и лихорадка. Клинические симптомы присутствуют в среднем 3 дня, возможны частые рецидивы болезни (около 8 эпизодов в год).

Диагноз основывается на данных анамнеза заболевания и подтверждается при помощи сиалографии или ультрасонографии. Этиология заболевания неясна, однако у большинства пациентов рецидивирующий ювенильный паротит излечивается в зрелом возрасте.

1.2.2.4 Боль в слюнной железе, связанная с иммуноопосредованными заболеваниями

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.2 Боль в слюнной железе* и критерию C ниже.
B. Диагностировано иммуноопосредованное заболевание, которое может быть причиной боли в слюнных железах[1].
C. Боль развивается в тесной временной связи с заболеванием или приводит к его обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Наиболее распространенное заболевание – синдром Шегрена.

Комментарий:

Синдром Шегрена — аутоиммунное заболевание, приводящее к дисфункции слюнных желез. К характерным

© International Headache Society 2020

клиническим симптомам относят рецидивирующий или стойкий отек слюнных желез, сухость во рту, трудности при жевании, боль и жжение слизистой оболочки полости рта, хронический фарингит и боль при глотании.

1.2.2.5 Боль в слюнной железе, связанная с другой причиной

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.2 Боль в слюнной железе* и критерию C ниже.
B. Диагностировано поражение или расстройство, которое может быть причиной боли в слюнной железе, за исключением тех, что определены в пунктах 1.2.2.1–1.2.2.4[1].
C. Боль развивается в тесной временной связи с заболеванием или расстройством либо приводит к его обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. К другим причинам боли в слюнной железе относят реакцию «трансплантат против хозяина» после аллогенной трансплантации. Основной мишенью данной реакции становятся слюнные железы, в результате чего развиваются гипосаливация и ксеростомия, инфекционное поражение с развитием в последующем болевого синдрома.

1.2.3 Боль в челюсти

Описание:

Боль, связанная с поражением или заболеванием костной ткани челюсти.

Диагностические критерии:

A. Любая боль в челюсти[1], отвечающая критерию C.
B. Клинические, лабораторные, рентгенологические и/или анамнестические данные о поражении или заболевании челюстной кости[2], при которых может развиваться боль.
C. Доказательства причинно-следственной связи продемонстрированы всеми следующими факторами:
   1) локализация боли соответствует области поражения челюстной кости[1];
   2) одно или оба из следующего:
      a) боль развивается в тесной временной связи с возникновением поражения или заболевания челюстной кости;
      b) боль усиливается при пальпации в области поражения челюстной кости.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Боль может распространяться и/или иррадиировать на другие области лица и полости рта на той же стороне.
2. Поражение или заболевание соответствует каждому подпункту.

1.2.3.1 Боль в челюсти, связанная с травмой или поражением

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3 Боль в челюсти* и критерию C ниже.
B. Травма или повреждение челюстной кости.
C. Боль развивается в тесной временной связи с поражением или травмой.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Комментарии:

К травмам челюстной кости относят перелом челюсти. Наиболее частыми причинами перелома костей черепа и лицевых костей у молодых людей служат такие виды спорта, как футбол, бейсбол и хоккей, а также дорожно-транспортные происшествия. В частности, раны области подбородка часто сочетаются с переломами нижней челюсти.

Зачастую открывание полости рта при переломах нижней челюсти ограничено; при аномальном смыкании зубов также предполагают перелом нижней челюсти. Онемение подбородка возникает сразу после травмы.

1.2.3.2 Боль в челюсти, связанная с инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3 Боль в челюсти* и критерию C ниже.
B. Диагностирована бактериальная инфекция[1] челюстной кости.
C. Боль развивается в тесной временной связи с инфекцией или приводит к ее обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Инфекция может быть бактериальной, вирусной или грибковой, каждой форме соответствует пункт классификации ниже.

Комментарии:

Внутрикостная бактериальная, вирусная или грибковая инфекция может вызывать боль в нижней челюсти. Чаще всего инфекционное поражение имеет бактериальную природу.

Инфекционное поражение может развиваться вторично на фоне остеорадионекроза костей челюсти, что может вызывать боли, связанные с остеонекрозом (см. *1.2.3.5 Боль в челюсти, связанная с лечением*).

1.2.3.2.1 Боль в челюсти, связанная с бактериальной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3.2 Боль в челюсти, связанная с инфекцией*.
B. Бактериальный возбудитель инфекции.

Комментарий:

Бактериальные инфекции челюстных костей включают остеомиелит. Одонтогенные инфекции могут распространяться и вызывать остеомиелит костей челюсти, но вторичный одонтогенный остеомиелит встречается довольно редко. Сильная боль в челюсти – частый симптом остеомиелита челюстной кости, может также сопровождаться анестезией

© International Headache Society 2020

или гипестезией на пораженной стороне. В запущенных случаях возможно появление тризма челюсти.

1.2.3.2.2 Боль в челюсти, связанная с вирусной инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3.2 Боль в челюсти, связанная с инфекцией*.
B. Вирусный возбудитель инфекции.

Комментарий:

К вирусным инфекциям, поражающим кости челюсти, относится *Herpes zoste*r, реактивированный возбудитель ветряной оспы. Может возникать осложнение в виде остеонекроза, индуцированного *Herpes zoster*. Редкие осложнения со стороны зубов, такие как остеонекроз, выпадение зуба, периодонтит, кальцификация и девитализация пульпы, периапикальные изменения и резорбция корней, а также аномалии развития, такие как короткие корни неправильной формы или потеря зуба, могут возникать вторично на фоне герпесвирусной инфекции, поражающей вторую и третью ветви тройничного нерва.

1.2.3.2.3 Боль в челюсти, связанная с грибковой инфекцией

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3.2 Боль в челюсти, связанная с инфекцией*.
B. Грибковый возбудитель инфекции.

Комментарии:

Чаще всего возбудителями грибковой инфекции челюсти выступают аспергиллий и мукоровые плесневые грибы.

Аспергиллез ротовой полости – редкое состояние, обычно возникающее у иммунодефицитных пациентов. Остеомиелит, вызванный аспергиллием, чаще всего служит проявлением запущенной инфекции. Агрессивный аспергиллез ротовой полости – потенциально смертельное заболевание; несмотря на малую распространенность, он должен рассматриваться у пациентов с поражением полости рта.

Мукормикоз – редкая оппортунистическая инфекция, чаще всего поражающая иммунодефицитных пациентов, но иногда встречающаяся у здоровых людей после удаления зуба. Мукормикоз чаще всего вызывают грибы рода *Rhizopus* и *Mucor*. Это самая быстро прогрессирующая форма грибковой инфекции у людей, имеющая наиболее высокую летальность.

1.2.3.3 Боль в челюсти, связанная с локальным доброкачественным новообразованием

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3 Боль в челюсти* и критерию C ниже.
B. Диагностировано местное доброкачественное поражение[1], которое может вызывать боль в челюсти.
C. Боль развивается в тесной временной связи с заболеванием или приводит к его обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Местные доброкачественные поражения включают гигантоклеточную опухоль, остеоид-остеому и остеобластому.

Комментарии:

Доброкачественные костные опухоли чаще бессимптомны и выявляются случайно при обследовании по поводу травмы или другого состояния. Симптомные же доброкачественные костные опухоли могут проявляться локализованной болью, припухлостью, деформацией кости или патологическим переломом. Большинство костных опухолей имеют характерные рентгенологические особенности. Для более полной оценки опухоли могут понадобиться современные визуализационные методы (компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)).

Гигантоклеточная опухоль кости – достаточно редкое остеолитическое доброкачественное новообразование скелета, чаще встречается в молодом возрасте. Обычно проявляется местной болью и припухлостью. Кости черепа и лицевые кости поражаются редко.

Пациенты с остеоид-остеомой обычно жалуются на нарастающую боль, усиливающуюся ночью и не связанную с физической активностью. Боль облегчается приемом ацетилсалициловой кислоты или другого НПВС, обычно в течение 25–30 минут. Отсутствие облегчения боли после приема анальгетиков служит поводом для пересмотра диагноза.

Пациенты с остеобластомой обычно жалуются на хронические продолжительные боли. Рентгенографически остеобластома весьма разнообразна, и для установления диагноза требуется проведение КТ/МРТ. Ацетилсалициловая кислота и другие НПВС не облегчают боль.

1.2.3.4 Боль в челюсти, связанная со злокачественным новообразованием

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечает критериям *1.2.3 Боль в челюсти* и критерию C ниже.
B. Диагностировано первичное или вторичное злокачественное поражение, которое может вызывать боль[1] в челюсти.
C. Появление боли совпадает по времени с поражением или привело к его обнаружению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Боль в челюсти может быть связана непосредственно с масс-эффектом первичной или метастатической опухоли либо с паранеопластическим эффектом метастатической опухоли.

© International Headache Society 2020

Комментарий:
Боль в челюсти, связанная со злокачественным поражением, независимо от того, первичное оно или метастатическое, чаще локализована, может нарастать и ослабевать в течение нескольких недель и месяцев.

1.2.3.4.1 Боль в челюсти, связанная с локальным злокачественным новообразованием
Диагностические критерии:
A. Боль, соответствующая критериям *1.2.3.4 Боль в челюсти, связанная со злокачественным новообразованием*.
B. Злокачественное поражение первично[1].

Примечание:
1. К первичным злокачественным новообразованиям, которые могут вызывать боли в челюсти, относятся остеосаркома, лангергансоклеточный гистиоцитоз, неходжкинская лимфома и множественная миелома.

Комментарии:
Остеосаркома – редко встречающаяся, однако вторая по вероятности (после миеломы) первичная костная опухоль (зачастую принимаемая за вторичную – саркоматозную трансформацию при болезни Педжета или другие злокачественные поражения костей). Большинство больных остеосаркомой жалуются на локализованную боль, обычно продолжительностью в несколько месяцев. Часто боль начинается после травмы и может нарастать и ослабевать несколько недель или месяцев. Системные симптомы, такие как лихорадка, потеря веса и недомогание, обычно отсутствуют. Чаще всего поражает дистальную часть бедренной кости, проксимальную малоберцовой, проксимальную бедренной; челюстные кости поражает редко.

Лангергансоклеточный гистиоцитоз рентгенографически обычно характеризуется литическими, «выбитыми» очагами деструкции костей, иногда поражаются окружающие мягкие ткани. Может проявляться болью в челюсти и подвижностью зубов. Поражения других костей при лангергансоклеточном гистиоцитозе могут быть бессимптомными, но локализация процесса в челюстных костях особенно неблагоприятна из-за потери зубов и высокой частоты рецидивов. Задние отделы челюсти поражаются чаще, чем передние.

Неходжкинская лимфома – опухоль лимфатической системы, происходящая из B- и T-лимфоцитов, высокой степени злокачественности. Неспецифичные симптомы, такие как неясная первично зубная боль и немотивированная периапикальная припухлость, затрудняют диагностику заболевания и затягивают установление диагноза. Рекомендовано проведение КТ, в том числе конусно-лучевой КТ челюстей, иммуногистохимическое исследование биоптата. Чаще поражена верхняя челюсть, среди известных случаев поражение нижней челюсти отмечается всего в 0,6%.

Множественная миелома – состояние, при котором плазмоциты избыточно делятся в костном мозге, вызывая серьезное повреждение костей, характеризующееся остеолизисом, остеопенией и патологическими переломами. Боль в костях, чаще в области спины или груди, реже в конечностях, беспокоит 60% больных на момент установления диагноза.

1.2.3.4.2 Боль в челюсти, связанная с отдаленным злокачественным новообразованием
Диагностические критерии:
A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3.4 Боль в челюсти, связанная со злокачественным новообразованием*.
B. Злокачественное поражение – отдаленное.

Комментарий:
Отдаленные злокачественные поражения вызывают боль через масс-эффект (компрессия нерва и растяжение надкостницы) и паранеопластические эффекты (отдаленные проявления, не связанные с метастатическим поражением челюстной кости).

1.2.3.5 Боль в челюсти, связанная с лечением
Диагностические критерии:
A. Боль, соответствующая критериям *1.2.3 Боль в челюсти* и критерию C ниже.
B. Лечение привело к повреждению, которое может служить причиной боли в челюсти[1].
C. Боль объясняется анатомическим субстратом повреждения и/или возникла после или во время вмешательства[2].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:
1. К таким повреждениям относятся медикаментозно-обусловленный остеонекроз челюстей, остеорадионекроз, постэкстракционный альвеолярный остеит («сухая лунка»).
2. Боль обычно развивается в течение нескольких часов или дней после появления вызывающего ее повреждения. Время появления повреждения же зависит от типа лечения – оно может возникнуть непосредственно во время вмешательства (в случае хирургического лечения) или развиваться месяцами и годами после воздействия медикаментов или радиации.

Комментарии:
Медикаментозно-обусловленный остеонекроз челюсти определяется наличием некротизированной костной ткани (обнаженной или определяемой через свищ) на протяжении более 8 недель в челюстно-лицевой области у пациента, получавшего бисфосфонаты или другие антирезорбтивные (в том числе деносумаб) или антиангиогенные (бевацизумаб) медикаменты. Обычно проявляется болью, инфекцией и некрозом кости верхней или нижней челюсти у пациентов, получающих соответствующую терапию. Большим фактором риска являются дентоальвеолярные хирургические вмешательства.
Остеорадионекроз – осложнение лучевой терапии, вызываемое облитерацией сосудов и снижением кровотока в облучаемых областях. Среди проявлений – боль, неприятный

© International Headache Society 2020

запах изо рта, извращение вкуса, чувствительности (или ее отсутствие), тризм, затруднение жевания и глотания, речи, фистулы, патологические переломы, инфекция. Время развития остеорадионекроза различно. Иногда этот диагноз устанавливается сразу после завершения лучевой терапии, в других случаях – годами позже. Чаще поражается нижняя челюсть, остеорадионекроз верхней челюсти встречается редко.

Альвеолярный остеит («сухая лунка») – осложнение удаления зуба, встречается чаще после удаления нижних моляров. Через 2–3 дня после операции появляется сильная боль. При осмотре можно увидеть полное или частичное отсутствие кровяного сгустка в лунке, некоторых пациентов беспокоит неприятный запах изо рта.

1.2.3.6 Боль в челюсти, связанная с системным заболеванием
Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *1.2.3 Боль в челюсти* и критерию C ниже.
B. Диагностировано системное заболевание, которое может вызывать боль в челюсти[1].
C. Клиническая связь боли с имеющимся заболеванием.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. К таким заболеваниям относятся серповидноклеточная анемия, болезнь Гаучера, болезнь Педжета.

Комментарии:

Некоторые системные заболевания проявляются повторяющимися эпизодами ишемической боли, характеризующейся диффузной костной болью, перемежающейся с болевыми кризами, которые часто приводят к остеонекрозу (аваскулярный некроз).

Серповидноклеточная анемия характеризуется различной клинической и гематологической тяжестью, отличительной особенностью ее являются повторяющиеся эпизоды ишемической боли. Боли могут быть как еженедельными, так и длительно отсутствовать. Болевые эпизоды могут приводить к костным инфарктам, некрозу и с течением времени к дегенеративным изменениям в трубчатых костях, в свою очередь, приводящим к хронической боли на фоне учащенных острых болевых эпизодов.

Болезнь Гаучера – наиболее распространенная из болезней лизосомного накопления, врожденная метаболическая дисфункция, которая влияет на расщепление гликолипидов. Для скелетной патологии при болезни Гаучера характерна диффузная костная боль, перемежающаяся с болевыми кризами, которые часто приводят к остеонекрозу (аваскулярный некроз).

Болезнь Педжета, исторически известная как деформирующий остеит, – локальное нарушение костного метаболизма, характеризующееся ускоренной перестройкой кости, приводящей к избыточному росту кости в отдельных (монооссальная форма) или множественных (полиоссальная форма) участках. Чаще вовлечены кости черепа, позвоночник, таз и длинные кости нижних конечностей. Подобно остеосаркомам, проявляется локализованной болью и припухлостью, симптомы чаще проявляются у больных полиоссальной формой.

Литература

1.1.1 Пульпитная боль

Abbott PV and Yu C. A clinical classification of the status of the pulp and the root canal system. *Austral Dent J* 2007; 52(suppl): S17–31.

Benoliel R, Sharav Y and Eliav E. Neurovascular orofacial pain. *J Am Dent Assoc* 2010; 141: 1094–1096.

Berman LH and Hartwell GR. Diagnosis. In: Cohen Sand Hargreaves KM (eds) *Pathways of the pulp*. 9th ed. St Louis, MO: Mosby-Elsevier, 2006, pp.2–39.

Byers MR and Narhi MVO. Nerve supply of the pulpodentin complex and response to injury. In: Hargreaves KM and Goodis HE (eds) *Seltzer and Bender's dental pulp*. Chicago, IL: Quintessence, 2002, pp.151–179.

Falace DA, Reid K and Rayens MK. The influence of deep (odontogenic) pain intensity, quality, and duration on the incidence and characteristics of referred orofacial pain. *J Orofac Pain* 1996; 10: 232–239.

Garfunkel A, Sela J and Ulmansky M. Dental pulp pathosis: clinicopathologic correlations based on 109 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 35: 110–117.

Glick DH. Locating referred pulpal pains. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; 15: 613–623.

Hargreaves KM and Seltzer S. Pharmacologic control of dental pain. In: Hargreaves KM and Goodis HE (eds) *Seltzer and Bender's dental pulp*. Chicago, IL: Quintessence, 2002, pp.205–225.

Hasler JE and Mitchell DF. Painless pulpitis. *J Am Dent Assoc* 1970; 81: 671–677.

Kang SH, Kim BS and Kim Y. Cracked teeth: distribution, characteristics, and survival after root canal treatment. *J Endod* 2016; 42: 557–562.

Mejare IA, Axelsson S, Davidson T, et al. Diagnosis of the condition of the dental pulp: a systematic review. *Int Endod J* 2012; 45: 597–613.

Michaelson PL and Holland GR. Is pulpitis painful? *Int Endod J* 2002; 35: 829–832.

Obermann M, Mueller D, Yoon MS, et al. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1278–1282.

Patel S, Kanagasingam S and Pitt Ford T. External cervical resorption: a review. *J Endod* 2009; 35: 616–625.

Schuurmans TJ, Nixdorf DR, Idiyatullin DS, et al. Accuracy and reliability of root crack and fracture detection in teeth using magnetic resonance imaging. *J Endodontics* 2019; 45: 750–755.

Seo DG, Yi YA, Shin SJ, et al. Analysis of factors associated with cracked teeth. *J Endod* 2012; 38: 288–292.

Sharav Y, Katsarava Z and Benoliel R. Migraine and possible facial variants: neurovascular orofacial pain. In: Sharav Y and Benoliel R (eds) *Orofacial pain and headache*. 2nd ed. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co., 2015, pp.319–362.

Sharav Y, Katsarava Z and Charles A. Facial presentations of primary headache disorders. *Cephalalgia* 2017; 37: 714–719.

Sharav Y, Leviner E, Tzukert A, et al. The spatial distribution, intensity and unpleasantness of acute dental pain. *Pain* 1984; 20: 363–370.

Sigurdsson A. Clinical manifestations and diagnosis. In: Orstavik D and Pitt-Ford TR (eds) *Essential endodontology*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008, pp.235–261.

Smulson MH and Sieraski SM. Histophysiology and diseases of the dental pulp. In: Weine FS (ed.) *Endodontic therapy*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby, 1996, pp.84–165.

Tyldesley WR and Mumford JM. Dental pain and the histological condition of the pulp. *Dent Pract Dent Rec* 1970; 20: 333–336.

© International Headache Society 2020

Von Troil B, Needleman I and Sanz M. A systematic review of the prevalence of root sensitivity following periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 2002; 29(3 suppl): 173–177.

1.1.2 Периодонтальная боль

Andreasen JO and Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology of traumatic dental injuries. In: Andreasen JO (ed.) *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard, 1994, pp.151–177.

Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1–6.

Bastone EB, Freer TJ and McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. *Aust Dent J* 2000; 45: 2–9.

Costa CPS, Thomaz EBAF and Souza S de FC. Association between sickle cell anemia and pulp necrosis. *J Endod* 2013; 39: 177–181.

Gomes BP, Lilley JD and Drucker DB. Associations of endodontic symptoms and signs with particular combinations of specific bacteria. *Int End J* 1996; 29: 69–75.

Gutmann JL, Baumgartner JC, Gluskin AH, et al. Identify and define all diagnostic terms for periapical/periradicular health and disease states. *J Endod* 2009; 35: 1658–1674.

Heasman PA and Hughes FJ. Drugs, medications and periodontal disease. *Br Dent J* 2014; 217: 411–418.

Horning GM and Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol* 1995; 66: 990–998.

Kaste LM, Gift HC, Bhat M, et al. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States 1988–1991. *J Dent Res* 1996; 75: 696–705 (Special Issue).

Kinane JF and Chestnutt IG. Smoking and periodontal disease. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11: 356–365.

Laux M, Abbott PV, Pajarola G, et al. Apical inflammatory root resorption: a correlative radiographic and histological assessment. *Int Endod J* 2000; 33: 483–493.

Levin LG, Law AS, Holland GR, et al. Identify and define all diagnostic terms for pulpal health and disease states. *J Endod* 2009; 35: 1645–1657.

Mejàre IA, Axelsson S, Davidson T, et al. Diagnosis of the condition of the dental pulp: a systematic review. *Int Endod J* 2012; 45: 597–613.

Ricucci D and Siqueira JF Jr. Biofilms and apical periodontitis: study of prevalence and association with clinical and histopathologic findings. *Endod* 2010; 36: 1277–1288.

Ricucci D, Siqueira JF Jr, Lopes WS, et al. Extraradicular infection as the cause of persistent symptoms: a case series. *J Endod* 2015; 41: 265–273.

Sharav Y and Benoliel R. Acute orofacial pain. In: Sharav Y and Benoliel R (eds) *Orofacial pain and headache*. 2nd ed. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co., 2015, pp.141–161.

Sjögren U, Happonen RP, Kahnberg K-E, et al. Survival of Arachnia propionica in periapical tissue. *Int Endodont J* 1988; 21: 277–282.

The Dental Trauma Guide – an online evidence-based treatment guide produced in cooperation with the Resource Centre for Rare Oral Diseases and Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Copenhagen University Hospital, www.dentaltraumaguide.org/ (accessed January 2020).

Tronstad L, Barnett F, Riso K, et al. Extraradicular endodontic infections. *Endod Dent Traumatol* 1987; 3: 86–90.

Yoshida M, Fukushima H, Yamamoto K, et al. Correlation between clinical symptoms and microorganisms isolated from root canals of teeth with periapical pathosis. *J Endod* 1987; 13: 24–28.

1.1.3 Гингивальная боль

Akintoye SO and Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 2014; 58: 281–297.

Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(suppl): S25.e1–12.

Andrade P, Brinca A and Goncalo M. Patch testing in fixed drug eruptions – a 20-year review. *Contact Dermatitis* 2011; 65: 195–201.

Bascones-Martínez A, García-García V, Meurman JH, et al. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 2015; 54: 258–270.

Batchelor JM and Todd PM. Allergic contact stomatitis caused by a polyether dental impression material. *Contact Dermatitis* 2010; 63: 296–297.

Benedix F, Schilling M, Schaller M, et al. A young woman with recurrent vesicles on the lower lip: fixed drug eruption mimicking herpes simplex. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 491–494.

Calapai G, Miroddi M, Mannucci C, et al. Oral adverse reactions due to cinnamon-flavoured chewing gums consumption. *Oral Dis* 2014; 20: 637–643.

Carrozzo M, Togliatto M and Gandolfo S. [Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype]. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 217–226.

Farthing P, Bagan JV and Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis* 2005; 11: 261–267.

Feller L, Altini M, Chandran R, et al. Noma (cancrum oris) in the South African context. *J Oral Pathol Med* 2014; 43: 1–6.

Firth FA, Friedlander LT, Parachuru VP, et al. Regulation of immune cells in oral lichen planus. *Arch Dermatol Res* 2015; 307: 333–339.

Fitzpatrick SG, Hirsch SA and Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 45–56.

Fourie J and Boy SC. Oral mucosal ulceration – a clinician's guide to diagnosis and treatment. *S Afr Dent J* 2016; 71: 500–508.

Fukiwake N, Moroi Y, Urabe K, et al. Detection of autoantibodies to desmoplakin in a patient with oral erythema multiforme. *Eur J Dermatol* 2007; 17: 238–241.

Gondivkar SM, Gadbail A and Chole R. Oral pregnancy tumor. *Contemp Clin Dent* 2010; 1: 190–192.

Gorouhi F, Davari P and Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 742826.

Gupta S, Gupta S, Mittal A, et al. Oral fixed drug eruption caused by gabapentin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 1207–1208.

Harman KE, Albert S and Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* 2003; 149: 926–937.

Hasan S. Desquamative gingivitis – a clinical sign in mucous membrane pemphigoid: report of a case and review of literature. *J Pharm Bioallied Sci* 2014; 6: 122–126.

Hertel M, Matter D, Schmidt-Westhausen AM, et al. Oral syphilis: a series of 5 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 338–345.

Jain P and Jain I. Oral manifestations of tuberculosis: step towards early diagnosis. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: ZE18–21.

Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. *Br J Oral Surg* 1966; 3: 188–205.

Khatibi M, Shakoorpour AH, Jahromi ZM, et al. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012; 21: 1312–1315.

Kind F, Scherer K and Bircher AJ. Allergic contact stomatitis to cinnamon in chewing gum mistaken as facial angioedema. *Allergy* 2010; 65: 276–277.

Perusquia-Ortiz AM, Vazquez-Gonzalez D and Bonifaz A. Opportunistic filamentous mycoses: aspergillosis, mucormycosis, phaeohyphomycosis and hyalohyphomycosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; 10: 611–621.

Raber-Durlacher JE, Elad S and Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol* 2010; 46: 452–456.

Rosenthal DI and Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2009; 19: 29–34.

Savin JA. Current causes of fixed drug eruption in the UK. *Br J Dermatol* 2001; 145: 667–668.

© International Headache Society 2020

Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. *N Engl J Med* 2006; 355: 165–172.
Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, et al. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med* 2009; 38: 481–488.
Slebioda Z, Szponar E and Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 96–102.
Theander E and Jacobsson LT. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 935–947.
Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19: e386–390.
Venables ZC, Narayana K and Johnston GA. Two unusual cases of allergic contact stomatitis caused by methacrylates. *Contact Dermatitis* 2016; 74: 126–127.
Von Arx DP and Husain A. Oral tuberculosis. *Br Dent J* 2001; 190: 420–422.
Warnakulasuriya S, Johnson NW and van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.
Yuan A and Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 35–47.

1.2.1 Боль слизистой оболочки полости рта

Abdalla-Aslan R, Benoliel R, Sharav Y, et al. Characterization of pain originating from oral mucosal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016; 121: 255–261.
Akintoye SO and Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 2014; 58: 281–297.
Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(suppl): S25.e1–12.
Andrade P, Brinca A and Goncalo M. Patch testing in fixed drug eruptions – a 20-year review. *Contact Dermatitis* 2011; 65: 195–201.
Bascones-Martínez A, García-García V, Meurman JH, et al. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 2015; 54: 258–270.
Batchelor JM and Todd PM. Allergic contact stomatitis caused by a polyether dental impression material. *Contact Dermatitis* 2010; 63: 296–297.
Benedix F, Schilling M, Schaller M, et al. A young woman with recurrent vesicles on the lower lip: fixed drug eruption mimicking herpes simplex. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 491–494.
Calapai G, Miroddi M, Mannucci C, et al. Oral adverse reactions due to cinnamon-flavoured chewing gums consumption. *Oral Dis* 2014; 20: 637–643.
Carrozzo M, Togliatto M and Gandolfo S. Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 217–226.
Duncan GG, Epstein JB, Tu D, et al. Quality of life, mucositis, and xerostomia from radiotherapy for head and neck cancers: a report from the NCIC CTG HN2 randomized trial of an antimicrobial lozenge to prevent mucositis. *Head Neck* 2005; 27: 421–428.
Farthing P, Bagan JV and Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis* 2005; 11: 261–267.
Firth FA, Friedlander LT, Parachuru VP, et al. Regulation of immune cells in oral lichen planus. *Arch Dermatol Res* 2015; 307: 333–339.
Fitzpatrick SG, Hirsch SA and Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 45–56.
Fourie J and Boy SC. Oral mucosal ulceration – a clinician's guide to diagnosis and treatment. *S Afr Dent J* 2016; 71: 500–508.
Fukiwake N, Moroi Y, Urabe K, et al. Detection of autoantibodies to desmoplakin in a patient with oral erythema multiforme. *Eur J Dermatol* 2007; 17: 238–241.
Gorouhi F, Davari P and Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 742826.
Gupta S, Gupta S, Mittal A, et al. Oral fixed drug eruption caused by gabapentin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 1207–1208.
Harman KE, Albert S and Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* 2003; 149: 926–937.
Hertel M, Matter D, Schmidt-Westhausen AM, et al. Oral syphilis: a series of 5 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 338–345.
Jain P and Jain I. Oral manifestations of tuberculosis: step towards early diagnosis. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: ZE18–21.
Khatibi M, Shakoorpour AH, Jahromi ZM, et al. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012; 21: 1312–1315.
Kind F, Scherer K and Bircher AJ. Allergic contact stomatitis to cinnamon in chewing gum mistaken as facial angioedema. *Allergy* 2010; 65: 276–277.
Mravak-Stipetić M. Differential diagnostics of painful conditions of oral mucosa anticancer therapy. Rad 507. *Med Sci* 2010; 34: 55–73.
Perusquia-Ortiz AM, Vazquez-Gonzalez D and Bonifaz A. Opportunistic filamentous mycoses: aspergillosis, mucormycosis, phaeohyphomycosis and hyalohyphomycosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; 10: 611–621.
Raber-Durlacher JE, Elad S and Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol* 2010; 46: 452–456.
Rosenthal DI and Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2009; 19: 29–34.
Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, et al. Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: diagnosis and clinical management. *J Immunol Res* 2018; 2018: 6061825.
Savin JA. Current causes of fixed drug eruption in the UK. *Br J Dermatol* 2001; 145: 667–668.
Scully C. ABC of oral health: mouth ulcers and other causes of orofacial soreness and pain. *Br Med J* 2000; 321: 162–165.
Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. *N Engl J Med* 2006; 355: 165–172.
Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, et al. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med* 2009; 38: 481–488.
Slebioda Z, Szponar E and Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 96–102.
Sonis ST, Elting LS, Keefe D, et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer* 2004: 100(9 suppl): 1995–2025.
Theander E and Jacobsson LT. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 935–947.
Treister N and Sonis S. Mucositis: biology and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 15: 123–129.
Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19: e386–390.
Venables ZC, Narayana K and Johnston GA. Two unusual cases of allergic contact stomatitis caused by methacrylates. *Contact Dermatitis* 2016; 74: 126–127.
Vera-Llonch M, Oster G, Ford CM, et al. Oral mucositis and outcomes of allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation in patients with hematologic malignancies. *Support Care Cancer* 2007; 15: 491–496.
Von Arx DP and Husain A. Oral tuberculosis. *Br Dent J* 2001; 190: 420–422.
Warnakulasuriya S, Johnson NW and van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.
Yuan A and Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 35–47.

1.2.2 Боль в слюнной железе

Bassim CW, Fassil H, Mays JW, et al. Oral disease profiles in chronic graft versus host disease. *J Dent Res* 2015; 94: 547–554.
Brook I. The bacteriology of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2009; 21: 269–274.

© International Headache Society 2020

Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, et al. Major and minor salivary gland tumors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; 74: 134–148.
Klein Hesselink EN, Brouwers AH, de Jong JR, et al. Effects of radioiodine treatment on salivary gland function in patients with differentiated thyroid carcinoma: a prospective study. *J Nucl Med* 2016; 57: 1685–1691.
Leerdam CM, Martin HC and Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 631–634.
Napeñas JJ and Rouleau TS. Oral complications of Sjögren's syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2014; 26: 55–56.
Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, et al. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64: 475–487.
Wilson KF, Meier JD and Ward PD. Salivary gland isorders. *Am Fam Physician* 2014; 89: 882–888.

1.2.3 Боль в челюсти

Annibali S, Cristalli MP, Solidani M, et al. Langerhans cell histiocytosis: oral/periodontal involvement in adult patients. *Oral Dis* 2009; 15: 596–601.
Campanacci M, Baldini N, Boriani S, et al. Giant-cell tumor of bone. *J Bone Joint Surg Am* 1987; 69: 106–114.
Caparrotti F, Huang SH, Lu L, et al. Osteoradionecrosis of the mandible in patients with oropharyngeal carcinoma treated with intensitymodulated radiotherapy. *Cancer* 2017; 123: 3691–3700.
Caputo ND, Raja A, Shields C, et al. Re-evaluating the diagnostic accuracy of the tongue blade test: still useful as a screening tool for mandibular fractures? *J Emerg Med* 2013; 45: 8–12.
Chopra S, Kamdar D, Ugur OE, et al. Factors predictive of severity of osteoradionecrosis of the mandible. *Head Neck* 2011; 33: 1600–1605.
Copley L and Dormans JP. Benign pediatric bone tumors. Evaluation and treatment. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 949–966.
Da Fonseca M, Oueis HS and Casamassimo PS. Sickle cell anemia: a review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent* 2007; 29: 159–169.
Daly B, Sharif MO, Newton T, et al. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD006968.
D'Ambrosio N, Soohoo S, Warshall C, et al. Craniofacial and intracranial manifestations of Langerhans cell histiocytosis: report of findings in 100 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191: 589–597.
Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, et al. A retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg* 2008; 60: 398–403.
Gabrielli E, Fothergill AW, Brescini L, et al. Osteomyelitis caused by Aspergillus species: a review of 310 reported cases. *Clin Microbiol Infect* 2014; 20: 559–565.
Grabowski GA. Recent clinical progress in Gaucher disease. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 519–524.
Grabowski GA, Andria G, Baldellou A, et al. Pediatric non-neuronopathic Gaucher disease: presentation, diagnosis and assessment. Consensus statements. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 58–66.
Greenspan A. Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 485–500.
Gupta S, Sreenivasan V, Patil PB. Dental complications of herpes zoster: two case reports and review of literature. *Indian J Dent Res* 2015; 26: 214–219.
Jones AC, Prihoda TJ, Kacher JE, et al. Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102: 639–650.
Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 21–33.
Mirabello L, Troisi RJ, Savage SA. Osteosarcoma incidence and survival rates from 1973 to 2004: data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Cancer* 2009; 115: 1531–1543.
Nilesh K and Vande AV. Mucormycosis of maxilla following tooth extraction in immunocompetent patients: Reports and review. *J Clin Exp Dent* 2018; 10: e300–e305.
Platt OS, Thorington BD, Brambilla DJ, et al. Pain in sickle cell disease. Rates and risk factors. *N Engl J Med* 1991; 325: 11–16.
Prasad KC, Prasad SC, Mouli N, et al. Osteomyelitis in the head and neck. *Acta Otolaryngol* 2007; 127: 194–205.
Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, et al.; American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw – 2014 update. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 1938–1956.
Sharif MO, Dawoud BE, Tsichlaki A, et al. Interventions for the prevention of dry socket: an evidence-based update. *Br Dent J* 2014; 217: 27–30.
Van Staa TP, Selby P, Leufkens HG, et al. Incidence and natural history of Paget's disease of bone in England and Wales. *J Bone Miner Res* 2002; 17: 465–471.
Wyers MR. Evaluation of pediatric bone lesions. *Pediatr Radiol* 2010; 40: 468–473.
Yildiz C, Erler K, Atesalp AS, et al. Benign bone tumors in children. *Curr Opin Pediatr* 2003; 15: 58–67.
Zou H, Yang H, Zou Y, et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma in the maxilla: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97: e10707.

© International Headache Society 2020

2. Миофасциальная орофациальная боль

Общий комментарий:

Термин «височно-нижнечелюстные расстройства» (ВНЧР) используется для описания ряда болевых и неболевых патологий, затрагивающих жевательные мышцы, ВНЧС и смежные структуры. Международное сообщество по методологии орофациальной боли и родственных расстройств (англ. INfORM) опубликовало надежные и общепринятые диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств (ДК/ВНЧР). Тем не менее в вопросе обозначения хронической мышечной боли до сих пор остаются разногласия. Несмотря на то что в ДК/ВНЧР используются термины «миалгия» и «миофасциальная боль», мы все еще можем встречать такие обозначения, как «постоянная орофациальная мышечная боль». В МКОБ в качестве общего обозначения такого вида боли применяется термин «миофасциальная орофациальная боль», где понятие «миофасциальный» обозначает отсутствие прямых доказательств связи боли с определенными структурами или тканями. Кроме того, термин «височно-нижнечелюстные расстройства» утвержден в соответствии с ДК/ВНЧР.

Разделение по частоте эпизодов миофасциальной боли отсутствует в ДК/ВНЧР и впервые встречается в МКОБ, придерживаясь общих принципов МКГБ-3 для описания *2. Головная боль напряжения,* для которой введены аналогичные критерии в отношении частоты эпизодов. В научном сообществе не утихают споры: несмотря на разные мнения о клиническом значении нечастых эпизодических миофасциальных болей (возникающих реже одного раза в месяц), существуют веские доказательства, что есть смысл отделять эти виды боли от частых болей, выделяя их в отдельную категорию. В будущем необходимо провести исследования с использованием предложенного разделения по частоте эпизодов миофасциальной боли для разработки соответствующего лечения.

В данную классификацию было решено не включать боль в шее, несмотря на то что иногда стоматологи и специалисты по орофациальной боли в дополнение к лечению боли, обусловленной поражением жевательных мышц, могут облегчить и боль в шее. Однако стоит рассмотреть классификацию такой боли, придерживаясь аналогичных принципов (то есть с точки зрения частоты, локальных изменений при обследовании, наличия отраженной боли) и применяя этот же подход к другим мышцам в орофациальной области (например, мышцам языка или глотки).

Не стоит забывать, что клинический феномен отраженной боли характерен как для острых, так и для хронических орофациальных мышечных болей (в этом случае боль воспринимается в месте, отдаленном от первичного ноцицептивного стимула). Патофизиологическая и терапевтическая значимость отражения боли не ясна, однако с точки зрения диагностики важно отличать отраженную боль от местной. Следовательно, все диагнозы миофасциальной боли подразделяются на подкатегории в зависимости от наличия или отсутствия отраженной боли во время пальпации. Определение отраженной боли содержится в ДК/ВНЧР.

В ДК/ВНЧР также применяется категория иррадиирующей (распространяющейся) боли, которая, в отличие от отраженной боли, остается в пределах границы пораженной анатомической структуры. Для исследований могут применяться специальные критерии миофасциальной боли с иррадиацией (распространением) в соответствии с ДК/ВНЧР.

Стоит также отметить, что диагностические критерии ВНЧР применимы не только к височным и собственно жевательным мышцам. Критерии выделяют эти мышцы ввиду их доступности исследованию и с учетом того, что практически у всех пациентов с болевой миофасциальной ВНЧР присутствует вовлеченность и боль в одной из них. Однако отрицание того, что иные мышцы лица не могут быть подвержены этим болям, не имеет обоснования. В случае, если мы фиксируем внимание только на височных и собственно жевательных мышцах, мы упускаем из классификации пациентов с изолированными болями в других мышцах (например, латеральной и медиальной крыловидных), что неприемлемо с клинической точки зрения. Таким образом, в будущих версиях МКОБ могут быть добавлены и другие орофациальные мышцы.

Ключевым критерием в диагностике мышечной боли, согласно ДК/ВНЧР, является то, как пациенты описывают боль при проведении провокационных тестов – стандартизированной пальпации и/или открывании рта, которые имеют отражение в критериях МКОБ. В ряде исследований рассматривался вопрос о дополнительном динамическом/статическом тестировании комплекса жевательных мышц и ВНЧС для повышения диагностической чувствительности и специфичности. Прежде чем рекомендовать такое тестирование для общего использования, необходимо проведение дальнейших исследований.

Для получения точного результата при проведении провокационных тестов инструкции и критерии должны четко соответствовать описаниям ДК/ВНЧР. Важное значение имеют сила и продолжительность пальпации: давление с усилием в 1 кг в течение 2 секунд, чтобы вызвать провокацию боли при пальпации, и 1 кг в течение 5 секунд, чтобы вызвать отраженную или иррадиирующую боль. Стоит заметить, что согласно имеющимся данным, для выявления патологии сила пальпации более значима, чем ее продолжительность.

Первичная или вторичная боль?

Разделение на первичные и вторичные боли в этой главе производилось в соответствии с классификацией хронических болевых состояний Международной ассоциации изучения боли (МАИБ). При первичных болях конкретную этиологию или причину невозможно определить, то есть они являются идиопатическими, хотя их патофизиологические механизмы могут быть известны. Вторичная боль

© International Headache Society 2020

развивается как следствие других заболеваний или выявленных причин.
Основные патологии (тендинит, миозит и мышечный спазм), являющиеся причинами вторичных миофасциальных болей, приведены в Расширенной таксономии височно-нижнечелюстных патологий. Эти критерии предложены для дальнейших исследований и еще не были утверждены.

2.1 Первичная миофасциальная орофациальная боль

Описание:
Боль в комплексе жевательных мышц с функциональными нарушениями или без них, не вызванная конкретной патологией.
Диагностические критерии:
A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям B–D.
B. Боль эпизодическая[1] (один или несколько эпизодов) или непрерывная.
C. Возникает в челюсти, виске, ухе и/или перед ухом и соответствует двум следующим критериям:
   1) подтверждается при осмотре височных мышц и/или собственно жевательной мышцы;
   2) вызывается одним или обоими следующими действиями:
      a) пальпация височных мышц и/или жевательной мышцы;
      b) максимальное активное или пассивное открывание рта.
D. Изменяется[2] при движениях челюстью, функцией или парафункцией (например, скрежетание или стискивание).
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Эпизоды могут быть единичными или повторяющимися в течение дня, каждый продолжительностью не менее 30 минут и общей продолжительностью в течение дня не менее 2 часов.
2. Боль может нарастать или ослабевать.

2.1.1 Острая первичная миофасциальная боль

Описание:
Глубокая боль ноющего или давящего характера от легкой до умеренной, возникающая эпизодически или присутствующая постоянно, часто сопровождающая функциональные нарушения, такие как ограничение движений нижней челюстью, затруднение жевания и/или зевания, впервые возникшая в течение последних трех месяцев.

Диагностические критерии:
A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1 Первичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию B ниже.
B. Начало в течение последних 3 месяцев.

2.1.2 Хроническая первичная миофасциальная боль

Описание:
Глубокая боль ноющего или давящего характера от легкой до умеренной, возникающая эпизодически или присутствующая постоянно, часто сопровождающая функциональные нарушения, такие как ограничение движений нижней челюстью, затруднение жевания и/или зевания, впервые возникшая более трех месяцев назад. Такие расстройства часто ассоциируют с психосоциальными нарушениями.

Диагностические критерии:
A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1 Первичная миофасциальная орофациальная боль* и критериям B и C ниже.
B. Начало более 3 месяцев назад.
C. Как минимум 10 эпизодов повторяющейся боли или ее непрерывный характер.

2.1.2.1 Хроническая нечастая эпизодическая первичная миофасциальная орофациальная боль

Диагностические критерии:
A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1.2 Хроническая первичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию B ниже.
B. Возникает реже 1 дня в месяц.

2.1.2.2 Хроническая частая эпизодическая первичная миофасциальная орофациальная боль

Диагностические критерии:
A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1.2 Хроническая первичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию B ниже.
B. Возникает в среднем 1–14 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (более 12 и менее 180 дней в год).

2.1.2.2.1 Хроническая частая эпизодическая первичная миофасциальная орофациальная боль без отраженной боли

Диагностические критерии:
A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1.2.2 Хроническая частая первичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию B ниже.
B. Нет данных о боли, возникающей за пределами пальпируемой мышцы (височной или собственно жевательной).

2.1.2.2.2 Хроническая частая эпизодическая первичная миофасциальная орофациальная боль с отраженной болью

Диагностические критерии:
A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1.2.2 Хроническая частая первичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию B ниже.
B. Боль возникает за пределами пальпируемой мышцы (височной или собственно жевательной).

© International Headache Society 2020

2.1.2.3 Хроническая очень частая эпизодическая первичная миофасциальная орофациальная боль

Диагностические критерии:

A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1.2 Хроническая первичная миофасциальная боль* и критерию B ниже.
B. Возникает в среднем более 15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (более 180 дней в год).

2.1.2.3.1 Хроническая очень частая эпизодическая первичная миофасциальная орофациальная боль без отраженной боли

Диагностические критерии:

A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1.2.3 Хроническая очень частая первичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию B ниже.
B. Нет данных о боли, возникающей за пределами пальпируемой мышцы (височной или собственно жевательной).

2.1.2.3.2 Хроническая очень частая эпизодическая первичная миофасциальная орофациальная боль с отраженной болью

Диагностические критерии:

A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.1.2.3 Хроническая очень частая первичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию B ниже.
B. Боль возникает за пределами пальпируемой мышцы (височной или собственно жевательной).

2.2 Вторичная миофасциальная орофациальная боль

Описание:

Симптоматическая миофасциальная боль, вызванная другой патологией (воспаление, инфекция или мышечный спазм).

Диагностические критерии:

A. Миофасциальная боль в любой жевательной мышце, отвечающая критериям C и D.
B. Диагностирована патология, которая может вызывать миофасциальные боли[1].
C. Миофасциальная боль соответствует обеим следующим характеристикам:
   1) возникает в челюсти, виске, ухе и/или перед ухом, что соответствует обоим следующим критериям:
      a) подтверждается при осмотре в пораженных мышцах или сухожилиях;
      b) вызывается пальпацией пораженного сухожилия и/или максимальным пассивным или активным открыванием рта[2];
   2) изменяется[3] за счет движения нижней челюсти, функцией или парафункцией (например, скрежетание или стискивание зубов).
D. Прослеживается причинная связь с основным заболеванием[4].
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Конкретная патология уточняется в каждом подпункте.
2. Эти признаки можно выявить при осмотре или выяснить при сборе анамнеза заболевания, в случае если боль уже разрешилась.
3. Боль может нарастать или ослабевать.
4. Доказательства причинно-следственной связи уточняются в каждом подпункте.

2.2.1 Миофасциальная орофациальная боль, связанная с тендинитом

Описание:

Боль в сухожилии, связанная с движением, функцией или парафункцией челюсти, воспроизводимая провокационными пробами. Может присутствовать ограничение движений нижней челюсти, вторичное по отношению к боли. Чаще встречается тендинит сухожилия височной мышцы, который может сопровождаться болью в зубах и других близлежащих структурах, но сухожилия других жевательных мышц также могут поражаться.

Диагностические критерии:

A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.2 Вторичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию C ниже.
B. Диагностирован тендинит в одной или нескольких мышцах, участвующих в жевании.
C. Минимум два из следующих критериев, доказывающих причинную связь:
   1) миофасциальная боль развивается в тесной временной связи с началом тендинита;
   2) миофасциальная боль значительно[1] усиливается параллельно с прогрессированием тендинита;
   3) миофасциальная боль значительно[1] ослабевает или прекращается параллельно с облегчением или разрешением тендинита.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

2.2.2 Миофасциальная орофациальная боль, связанная с миозитом

Описание:

Боль, вызванная миозитом, поражающая одну или несколько мышц, участвующих в жевании, с клиническими характеристиками воспаления или инфекции: отеком, покраснением и/или повышением температуры. Как правило, возникает остро после прямой травмы мышц или вследствие инфекции, но может протекать хронически при аутоиммунных заболеваниях. Часто присутствует ограничение движений нижней челюсти, вторичное по отношению к боли. Может встречаться кальцификация мышц (то есть окостенение).

© International Headache Society 2020

Диагностические критерии:

A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.2 Вторичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию C ниже.
B. Миозит[1] диагностирован[2, 3] в одной или нескольких мышцах, участвующих в жевании.
C. Минимум два из следующих критериев, доказывающих причинно-следственную связь:
   1) миофасциальная боль развивается в тесной временной связи с началом миозита;
   2) миофасциальная боль значительно[4] усиливается параллельно с прогрессированием миозита;
   3) миофасциальная боль значительно[4] облегчается или прекращается параллельно с облегчением или разрешением миозита.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Миозит может быть вызван воспалением, инфекцией или травмой.
2. Диагностическими признаками служат отек, покраснение и/или повышение температуры в мышцах.
3. Серологические тесты выявляют повышенные уровни ферментов (например, креатинкиназы), маркеров воспаления, а также наличие аутоиммунных заболеваний.
4. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

2.2.3 Миофасциальная орофациальная боль, связанная с мышечным спазмом

Описание:

Боль, вызванная внезапным, непроизвольным, обратимым тоническим сокращением мышцы. Такой спазм может возникать в любой мышце, участвующей в жевании. Возможно остро развившееся нарушение прикуса.

Диагностические критерии:

A. Миофасциальная боль, отвечающая критериям *2.2 Вторичная миофасциальная орофациальная боль* и критерию C ниже.
B. Диагностирован[1, 2] мышечный спазм в одной или нескольких мышцах, участвующих в жевании.
C. Минимум две из следующих характеристик, доказывающих причинно-следственную связь:
   1) миофасциальная боль развивается в непосредственной тесной временной связи с началом спазма;
   2) миофасциальная боль значительно[3] усиливается параллельно с прогрессированием спазма;
   3) миофасциальная боль значительно[3] облегчается или прекращается параллельно с облегчением или разрешением спазма.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Диагностическое значение имеет ограничение движений, удлиняющих пораженную мышцу: например, для мышц, закрывающих рот, открывание рта ограничено до 40 мм; для латеральной крыловидной мышцы ипсилатеральное движение ограничено до 7 мм.
2. Если диагноз требует подтверждения, игольчатая электромиография покажет повышенную активность пораженной мышцы по сравнению с контралатеральной непораженной.
3. Пациент описывает ступенчатое изменение интенсивности боли.

Литература

Benoliel R, Svensson P, Heir G, et al. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011; 17: 23–41.

Koutris M, Visscher CM, Lobbezoo F, et al. Comorbidity negatively influences the outcomes of diagnostic tests for musculoskeletal pain in the orofacial region. *Pain* 2013; 154: 927–932.

Masuda M, Iida T, Exposto FG, et al. Referred pain and sensations evoked by standardized palpation of the masseter muscle in healthy participants. *J Oral Facial Pain Headache* 2018; 32: 159–166.

Osiewicz MA, Manfredini D, Loster BW, et al. Comparison of the outcomes of dynamic/static tests and palpation tests in TMD-pain patients. *J Oral Rehabil* 2018; 45: 185–190.

Peck CC, Goulet JP, Lobbezoo F, et al. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2014; 41: 2–23.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/ TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 6–27.

Svensson P, Michelotti A, Lobbezoo F, et al. The many faces of persistent orofacial muscle pain. *J Oral Facial Pain Headache* 2015; 29: 207–208.

Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003–1007.

Visscher CM, Lobbezoo F and Naeije M. A reliability study of dynamic and static pain tests in temporomandibular disorder patients. *J Orofac Pain* 2007; 21: 39–45.

Visscher CM, Naeije M, De Laat A, et al. Diagnostic accuracy of temporomandibular disorder pain tests: a multicenter study. *J Orofac Pain* 2009; 23: 108–114.

© International Headache Society 2020

3. Боль в височно-нижнечелюстном суставе (артралгия височно-нижнечелюстного сустава)

Общий комментарий:

Подобно миофасциальным болям, боли в ВНЧС были разделены на первичные и вторичные на основании классификации хронических болевых состояний МАИБ. При первичных болевых состояниях определить конкретную причину невозможно, то есть они являются идиопатическими, хотя могут быть выяснены их патофизиологические механизмы. При вторичных болевых состояниях боль является вторичной или вызванной другим известным заболеванием или причиной.

Основные патологии, которые служат причиной вторичных болей в ВНЧС, приведены в Расширенной таксономии заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а также в статье о клинической диагностике артрита ВНЧС (P. Alstergren и соавт.), и включают артрит, смещение диска, дегенеративные заболевания суставов и подвывих. Из-за различных методов лечения первичных и вторичных болей необходимо понимать причину возникновения этих болей в ВНЧС. Для дальнейших исследований нужно учитывать тот факт, что развитию боли в ВНЧС могут способствовать иные причины, например, генерализованные болевые состояния, которые повышают чувствительность тканей внутри и вокруг ВНЧС.

В целом в нижеследующих критериях для описания боли термин «связанная боль» предпочтительнее термина «вызванная боль». Термин «вызванная» подразумевает доказанную причинно-следственную связь, которую может быть трудно установить. Термин «связанная» применяется в значении «на основании имеющихся данных».

Принцип разделения боли в ВНЧС по частоте эпизодов отсутствует в ДК/ВНЧР и впервые встречается в МКОБ, следуя общим принципам МКГБ-3 для *2. Головная боль напряжения*, для которой введены аналогичные критерии частоты эпизодов. Несмотря на то что клиническая значимость выделения нечастых болей в ВНЧС (возникающих реже 1 раза в месяц) дискутабельна, накапливаются доказательства того, что их важно отделять от более частых состояний. В будущем необходимо провести исследования с использованием предложенного разделения по частоте эпизодов боли для разработки соответствующего лечения.

По аналогии с миофасциальной болью в этот раздел классификации включены подформы боли в ВНЧС с отраженной болью и без нее. Клинический феномен отраженной боли характерен как для острых, так и для хронических орофациальных мышечных болей (в этом случае боль воспринимается в месте, отдаленном от первичного ноцицептивного стимула). Патофизиологическая и терапевтическая значимость отражения боли не ясна, однако с точки зрения диагностики важно отличать отраженную боль от местной. Соответственно, мы выделяем подкатегории боли в ВНЧС в зависимости от наличия отраженной боли при пальпации. Тем не менее на данный момент эти подформы должны рассматриваться в рамках исследований, но не для клинического применения. Будущие исследования могут показать клиническую значимость такого разделения боли.

В ДК/ВНЧР также применяется иррадиирующая боль, которая, в отличие от отраженной боли, остается в пределах границы пораженной анатомической структуры. Для исследования могут применяться специальные критерии болей в ВНЧС с иррадиацией (распространением) в соответствии с ДК/ВНЧР.

Включены подформы с системным или несистемным артритом ВНЧС, так как план лечения и прогноз могут различаться в зависимости от того, имеет артрит местное или системное происхождение.

Рабочая группа рассмотрела вопрос о включении подтипа «идиопатическая боль в височно-нижнечелюстном суставе». Однако, учитывая значительное совпадение такого диагноза с *3.1 Первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе*, его использование, вероятно, не имеет смысла для клинической практики или исследований.

3.1 Первичная височно-нижнечелюстная боль

Описание:

Боль, локализованная в ВНЧС, возникающая в покое, во время движения челюстью или при пальпации челюсти и не связанная с заболеванием, которое может вызывать такую боль. Диагноз полностью соответствует диагнозу ДК/ВНЧР: «боль в височно-нижнечелюстном суставе».

Диагностические критерии:

A. Боль в ухе и/или перед ухом, отвечающая критериям B–D.
B. Боль эпизодическая (один или несколько эпизодов[1]) или непрерывная.
C. Оба следующих критерия:
   1) подтверждается при осмотре области одного или обоих височно-нижнечелюстных суставов;
   2) вызывается одним или обоими из следующих действий:
      a) пальпация вокруг латерального полюса нижнечелюстного мыщелка;
      b) максимальное пассивное или активное открывание рта, движение нижней челюстью вправо или влево.
D. Изменяется[2] при движениях челюстью или парафункциональной активности (например, стискивание или скрежетание зубов).
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Эпизоды могут быть единичными или повторяющимися в течение дня, каждый продолжительностью не менее 30 минут и общей продолжительностью в течение дня не менее 2 часов.
2. Боль может нарастать или ослабевать.

© International Headache Society 2020

3.1.1 Острая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе

Описание:

Первичная боль в ВНЧС, начавшаяся в течение последних 3 месяцев.

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1 Первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Начало в течение последних 3 месяцев.

3.1.2 Хроническая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе

Описание:

Первичная височно-нижнечелюстная боль, начавшаяся более 3 месяцев назад.

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1 Первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критериям B и C ниже.
B. Начало более 3 месяцев назад.
C. Повторяется минимум в 10 эпизодах или непрерывная.

3.1.2.1 Хроническая нечастая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1.2 Хроническая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Возникает реже 1 дня в месяц.

3.1.2.2 Хроническая частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1.2 Хроническая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Возникает в среднем 1–14 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (более 12 и менее 180 дней в год).

3.1.2.2.1 Хроническая частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе без отраженной боли

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1.2.2 Хроническая частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Боли при пальпации ВНЧС локализуются непосредственно в области пальпации.

3.1.2.2.2 Хроническая частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе с отраженной болью

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1.2.2 Хроническая частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Боль при пальпации ВНЧС возникает за пределами сустава.

3.1.2.3 Хроническая очень частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1.2 Хроническая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Возникает в среднем более 15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (более 180 дней в год).

3.1.2.3.1 Хроническая очень частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе без отраженной боли

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1.2.3 Хроническая очень частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Боли при пальпации ВНЧС локализуются непосредственно в области пальпации.

3.1.2.3.2 Хроническая очень частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе с отраженной болью

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.1.2.3 Хроническая очень частая первичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию B ниже.
B. Боль при пальпации ВНЧС возникает за пределами сустава.

3.2 Вторичная боль в височно-нижнечелюстном суставе

Описание:

Боль, локализованная в ВНЧС и вызванная другой патологией, такой как воспаление (например, вследствие травмы, инфекции, отложения кристаллов или аутоиммунного заболевания), сенситизация тканей, структурные изменения (остеоартроз, смещение диска или подвывих) или травмы.

Диагностические критерии:

A. Боль в челюсти, виске, ухе и/или в передней части уха, отвечающая критериям C и D.
B. Была диагностирована[1] основная патология, которая может вызывать боли[2] в ВНЧС.
C. Боль имеет все три следующие характеристики:
   1) локализуется в области ВНЧС, что подтверждается при осмотре;
   2) вызывается одним или обоими следующими действиями:
      a) пальпация вокруг латерального полюса нижнечелюстного мыщелка[3];

© International Headache Society 2020

b) максимальное пассивное или активное открывание рта, движение нижней челюстью вправо или влево[3];

3) изменяется при[4] движениях челюстью, парафункциональной активности (например, стискивание или скрежетание зубов).

D. Причинная связь боли в ВНЧС подтверждается как минимум двумя из следующих критериев[5]:
   1) боль развилась в тесной временной связи с началом или значительным прогрессированием предполагаемой причинной патологии либо привела к ее обнаружению;
   2) боль значительно[6] усилилась одновременно с прогрессированием предполагаемой причинной патологии;
   3) боль значительно[6] уменьшилась или разрешилась одновременно с улучшением или разрешением[7] предполагаемой причинной патологии.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Конкретная патология уточняется в каждом подпункте.
2. Диагноз устанавливается в соответствии с ДК/ВНЧС.
3. Эти признаки можно выявить при осмотре или выяснить при сборе анамнеза заболевания в случае, если боль уже разрешилась.
4. Боль может усиливаться или ослабевать.
5. Дополнительные и/или альтернативные доказательства причинно-следственных связей указываются в некоторых подпунктах.
6. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.
7. Спонтанно или в процессе лечения.

3.2.1 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная с артритом

Описание:

Боль в области ВНЧС, вызванная стойким воспалением суставных тканей (например, вследствие травмы, инфекции, отложения кристаллов или аутоиммунного заболевания). Артрит ВНЧС в большинстве случаев сопровождается болью, но может протекать и без нее.

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.2 Вторичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию C ниже.
B. Диагностирован артрит ВНЧС.
C. Причинно-следственная связь подтверждается двумя следующими критериями:
   1) боль развилась в тесной временной связи с артритом ВНЧС или привела к его обнаружению;
   2) один или оба следующих критерия:
      a) боль значительно[1] усилилась одновременно с усугублением основного заболевания;
      b) боль значительно[1] уменьшилась или разрешилась одновременно с разрешением основного заболевания или во время его лечения.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

3.2.1.1 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная с несистемным артритом

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.2.1 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная с артритом.*
B. Оба следующих критерия:
   1) у пациента не диагностировано ревматологическое заболевание;
   2) у пациента есть симптомы ревматологического заболевания, но боль в ВНЧС с ним не связана.

3.2.1.2 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная с системным артритом

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.2.1 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная с артритом*, и критерию C ниже.
B. Существуют свидетельства системного воспалительного заболевания суставов.
C. Оба следующих критерия:
   1) боль развилась в тесной временной связи с другими симптомами и/или клиническими либо биологическими признаками возникновения системного воспалительного заболевания суставов или привела к его обнаружению;
   2) один или оба из следующих критериев:
      a) боль значительно[1] усилилась одновременно с усугублением основного заболевания;
      b) боль значительно[1] уменьшилась или разрешилась одновременно с разрешением основного заболевания или во время его лечения.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

3.2.2 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная со смещением диска

Описание:

Боль в ВНЧС, вызванная смещением диска ВНЧС в отсутствие артрита ВНЧС. В этом случае боль в ВНЧС обусловлена нарушениями механики сустава.

Комментарий:

В настоящее время нет конкретных критериев, позволяющих связать боль в ВНЧС со смещением диска (с вправлением или без). Вероятно, смещение диска может вызывать боль в ВНЧС при движениях челюстью при определенных обстоятельствах, что говорит о вторичном характере боли. Этот вопрос требует дополнительных исследований для разработки оптимальных критериев.

© International Headache Society 2020

3.2.2.1 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная со смещением диска с вправлением

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.2 Вторичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию C ниже.
B. Смещение диска ВНЧС с вправлением диагностировано на основании двух следующих критериев:
   1) любой звук ВНЧС при движении или функции челюсти за последние 30 дней и/или во время обследования;
   2) щелкающий, хлопающий и/или трескающий шум (шумы), обнаруживаемый при пальпации в течение по крайней мере одного из трех повторений:
      a) при открывании и закрывании рта;
      b) или:
         i) при открывании или закрывании рта;
         ii) при движениях челюстью вправо или влево.
C. Причинно-следственная связь основывается как минимум на двух из следующих характеристик:
   1) боль точно совпадает с шумом;
   2) боль развилась в тесной временной связи со смещением диска или привела к его обнаружению;
   3) один или оба из следующих критериев:
      a) боль значительно[1] усилилась одновременно с усугублением смещения диска;
      b) боль в ВНЧС значительно[1] уменьшилась или разрешилась одновременно с лечением причинной патологии.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

3.2.2.1.1 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная со смещением диска с вправлением и периодическим заклиниванием

Диагностические критерии:

A. Боль в ВНЧС, отвечающая критериям *3.2.2.1 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная со смещением диска с вправлением*.
B. Происходило периодическое заклинивание[1] челюсти с ограничением открывания рта в течение последних 30 дней, которое самостоятельно разрешилось.

Примечание:

1. Даже если на мгновение.

3.2.2.2 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная со смещением диска без вправления

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.2 Вторичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию C ниже.
B. Диагностировано смещение диска ВНЧС без вправления на основании двух следующих критериев:
   1) ограничение подвижности нижней челюсти;
   2) ограничение открывания рта, которое мешает принимать пищу.
C. Причинно-следственная связь подтверждается минимум одним из следующих критериев:
   1) боль развилась в тесной временной связи со смещением диска или привела к его обнаружению;
   2) боль значительно[1] усилилась одновременно с ухудшением причинной патологии;
   3) боль значительно[1] уменьшилась или разрешилась одновременно с улучшением состояния при лечении причинной патологии.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

3.2.3 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная с дегенеративным заболеванием сустава

Описание:

Боль в ВНЧС, вызванная дегенеративным заболеванием суставов (остеоартроз, остеоартрит) в отсутствие артрита ВНЧС.

Комментарий:

Четкие критерии определения терминов «остеоартроз» и «остеоартрит» ВНЧС и других суставов отсутствуют в литературе. Например, остеоартроз иногда определяется как первичное невоспалительное заболевание хряща, которое приводит к изменениям прилежащей костной ткани. В этом контексте остеоартроз также часто может сопровождаться артритом. Другая позиция – определять все эти состояния как остеоартрит. Данные определения в Европе и США исторически различаются. Тем не менее важно учитывать, что боль в ВНЧС не является обязательным признаком артрита. Это означает, что есть много пациентов без боли в ВНЧС, у которых все еще может быть артрит (то есть воспаление в суставных тканях с разрушением хряща и костной ткани). Примером служит ювенильный идиопатический артрит, который редко сопровождается болью в ВНЧС, несмотря на высокую частоту его вовлечения. При этом у некоторых пациентов с артритом ВНЧС боль является единственным симптомом и не сопровождается разрушением тканей.

В упрощенной модели воспаление можно рассматривать как непрерывную совокупность от боли до разрушения ткани. Предлагая критерии МКОБ, мы пытаемся учесть эти факторы, чтобы стимулировать исследования в данном направлении и разобраться в вопросе.

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.2 Вторичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию C ниже.
B. Дегенеративное заболевание ВНЧС было диагностировано на основании обоих критериев:

© International Headache Society 2020

1) любой звук ВНЧС при движении челюстью в течение последних 30 дней и/или во время обследования;
2) крепитация, обнаруженная при пальпации во время максимального активного или пассивного открывания рта, движений вбок и вперед.

C. Причинно-следственная связь подтверждается минимум одним из следующих критериев:
1) боль развилась в тесной временной связи с дегенеративным заболеванием ВНЧС или привела к его обнаружению;
2) боль значительно[1] усилилась одновременно с ухудшением дегенеративного заболевания ВНЧС;
3) боль значительно[1] уменьшилась или разрешилась одновременно с улучшением состояния при лечении причинной патологии.

D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечание:

1. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

3.2.4 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, связанная с подвывихом

Описание:

Боль в ВНЧС, вызванная подвывихом, в отсутствие артрита ВНЧС. Обычно она острая и, вероятно, связана с чрезмерным растяжением тканей.

Диагностические критерии:

A. Боль, отвечающая критериям *3.2 Вторичная боль в височно-нижнечелюстном суставе* и критерию C ниже.

B. Подвывих ВНЧС был диагностирован на основании двух критериев:
1) ограничение подвижности нижней челюсти за последние 30 дней с ограничением открывания рта;
2) затруднения при закрывании рта без выполнения специальной манипуляции.

C. Причинная связь подтверждается одним или более из следующих критериев:
1) боль развилась в тесной временной связи с подвывихом или привела к его обнаружению;
2) боль значительно[2] усилилась одновременно с ухудшением причинной патологии;
3) боль значительно уменьшилась или разрешилась одновременно с облегчением состояния при лечении причинной патологии.

D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ.

Примечания:

1. Даже если на мгновение.
2. Пациент описывает постепенное изменение интенсивности боли.

Литература

Alstergren P, Pigg M and Kopp S. Clinical diagnosis of temporomandibular joint arthritis. *J Oral Rehabil* 2018; 45: 269–281.

Masuda M, Iida T, Exposto FG, et al. Referred pain and sensations evoked by standardized palpation of the masseter muscle in healthy participants. *J Oral Facial Pain Headache* 2018; 32: 159–166.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 6–27.

Svensson P, Michelotti A, Lobbezoo F, et al. The many faces of persistent orofacial muscle pain. *J Oral Facial Pain Headache* 2015; 29: 207–208.

Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003–1007.

© International Headache Society 2020

4. Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов

Другие варианты классификации:
В случае, если боль присутствует в основном за пределами орофациальной области, что встречается реже, диагноз кодируется в соответствии с МКГБ-3:

13.3 Боль, связанная с повреждением или заболеванием промежуточного нерва, 13.4 Невралгия затылочного нерва, 13.5 Шейно-язычный синдром, 13.6 Болевой неврит зрительного нерва, 13.7 Головная боль, связанная с ишемическим параличом глазодвигательного нерва, 13.8 Синдром Толосы – Ханта, 13.9 Паратригеминальный окулосимпатический синдром (синдром Редера), 13.10 Рецидивирующая болевая офтальмоплегическая невропатия, 13.13 Центральная нейропатическая боль.

Общий комментарий:
Этот раздел в значительной степени основан на МКГБ-3 и МКБ-11 / МАИБ, с внесением небольших изменений. Идиопатические состояния (то есть персистирующие идиопатические лицевые боли и синдром пылающего рта) были размещены в разделе *6. Идиопатическая орофациальная боль*, так как нет достаточных доказательств о нейропатическом характере этой боли. При определенных расстройствах мы использовали термин «нейропатическая боль», а не «болевая нейропатия», что в большей степени соответствует критериям МАИБ/МКБ-11 и чаще применяется в литературе о боли, в то время как МКГБ-3 придерживается второй формулировки.

4.1 Боль, связанная с повреждением или заболеванием тройничного нерва

4.1.1 Тригеминальная невралгия
Ранее использованный термин:
Тик долороза

Описание:
Заболевание, характеризующееся односторонними короткими простреливающими болями, внезапно начинающимися и так же внезапно прекращающимися и ограничивающимися зоной иннервации одной или более ветвей тройничного нерва, возникающими под воздействием обычных раздражителей (прикосновение, поток воздуха). Может развиваться без очевидной причины или быть результатом другого диагностированного нарушения. Кроме того, может сопровождаться непрерывной сопутствующей болью умеренной интенсивности в зоне (зонах) иннервации поврежденного нерва.

Диагностические критерии:
A. Рецидивирующие пароксизмы односторонней лицевой боли в области иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва без иррадиации за ее пределы[1] и отвечающие критериям B и C.
B. Боль имеет все нижеследующие характеристики:
   1) длительность приступа боли от нескольких секунд до 2 минут[2];
   2) высокая интенсивность[3];
   3) подобная «удару током», простреливающая, колющая или острая.
C. Провоцируется воздействием на триггерные точки[4].
D. Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3 или МКОБ.

Примечания:
1. У некоторых пациентов боль может иррадиировать в другие области, но остается в пределах иннервации тройничного нерва.
2. Длительность может меняться со временем, пароксизмы становятся все более длительными. Малая часть пациентов сообщает о приступах, длящихся более 2 минут.
3. Со временем боль может стать более интенсивной.
4. Некоторые приступы могут быть или казаться спонтанными, но для боли, удовлетворяющей этим критериям, необходимо иметь анамнез или обнаруженные триггерные точки. Идеально, если клиницист сможет подтвердить анамнез путем воспроизведения боли при воздействии на триггерные точки. Однако это не всегда возможно из-за отказа самого пациента, неудобного анатомического местоположения триггера и/или других факторов.

Комментарии:
Если для диагностики не используются современные методы (например, количественное сенсорное тестирование), у большинства пациентов с *4.1.1 Тригеминальная невралгия* не наблюдается сенсорных нарушений в зоне иннервации тройничного нерва, кроме феномена провокации боли. Однако в некоторых случаях клинический неврологический осмотр может выявить сенсорные нарушения, при которых показана нейровизуализация головного мозга для уточнения возможной причины. В этом случае становится возможной диагностика таких подтипов, как *4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия*, *4.1.1.2 Вторичная тригеминальная невралгия* или *4.1.1.3 Идиопатическая тригеминальная невралгия.*

В очень тяжелых случаях боль часто вызывает сокращение мышц на поврежденной стороне лице (болевой тик, тик долороза).

Могут также присутствовать умеренные автономные (вегетативные) симптомы, такие как слезоточение и/или покраснение глаза на той же стороне.

После болезненного пароксизма обычно наблюдается рефрактерный период, во время которого боль не вызывается провоцирующими факторами.

4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия
Ранее использовавшийся термин:
Первичная тригеминальная невралгия

Описание:
Тригеминальная невралгия, развивающаяся без очевидной причины, кроме нейроваскулярного конфликта.
Диагностические критерии:
A. Рецидивирующие пароксизмы односторонней лицевой боли, отвечающие критериям *4.1.1 Тригеминальная невралгия.*

© International Headache Society 2020

B. Подтверждение наличия нейроваскулярного конфликта (не просто контакта) с морфологическими изменениями[1] в корешке тройничного нерва, согласно данным МРТ или при проведении хирургического вмешательства.

Примечания:

1. Обычно атрофия или сдавление.

Комментарий:
Атрофия и/или смещение нервных корешков при нейроваскулярном конфликте связаны с признаками и симптомами *4.1.1 Тригеминальная невралгия*. В случае присутствия данных анатомических изменений расстройство диагностируется как *4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия*.

Обычное место нейроваскулярного конфликта – зона входа в ствол корешка, при этом симптомы чаще бывают вызваны сдавлением артерией, чем веной. Методы МРТ позволяют измерить объем и площадь поперечного сечения нервного корешка. Атрофические изменения могут включать демиелинизацию, потерю нейронов, изменения в микроциркуляторном русле и другие морфологические изменения. Несмотря на то что точно не известно, каким образом атрофические изменения тройничного нерва способствуют формированию боли в случае их наличия до операции, они служат предиктором хорошего исхода после микрососудистой декомпрессии.

4.1.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия, только пароксизмальная

Описание:
Классическая тригеминальная невралгия без персистирующей фоновой лицевой боли.

Диагностические критерии:
A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, отвечающей критериям *4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия*.
B. Перерывы между приступами боли в области пораженного нерва.

Комментарий:
4.1.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия, только пароксизмальная, обычно чувствительна, по крайней мере первоначально, к фармакотерапии (особенно карбамазепину или окскарбазепину).

4.1.1.1.2 Классическая тригеминальная невралгия с сопутствующей постоянной болью

Ранее используемые термины:
Атипичная тригеминальная невралгия; тригеминальная невралгия типа 2.

Описание:
Классическая тригеминальная невралгия с постоянной фоновой лицевой болью.

Диагностические критерии:
A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, удовлетворяющие критериям *4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия*.
B. Сопутствующая постоянная или почти постоянная боль между приступами в области затронутой ветви тройничного нерва.

Комментарий:
Периферическая или центральная сенситизация может быть причиной постоянной боли.

4.1.1.2 Вторичная тригеминальная невралгия

Описание:
Тригеминальная невралгия вызвана основным заболеванием. Сенсорные нарушения обнаруживаются у значительной части пациентов с таким расстройством во время клинического обследования.

Диагностические критерии:
A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, удовлетворяющие критериям *4.1.1 Тригеминальная невралгия*, являющейся только пароксизмальной, либо с сопутствующей постоянной или почти постоянной болью.
B. Выявлено[1] основное заболевание, которое может вызвать или объяснить наличие невралгии[2].
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечания:
1. МРТ наилучшим образом выявляет причину *4.1.1.2 Вторичная тригеминальная невралгия*. Другие исследования могут включать нейрофизиологические исследования тригеминальных рефлексов и тригеминальные вызванные потенциалы, что может выполняться для пациентов, которым невозможно сделать МРТ.
2. Выявляются такие причины, как опухоль мостомозжечкового угла, артериовенозная мальформация и рассеянный склероз.

4.1.1.2.1 Тригеминальная невралгия, связанная с рассеянным склерозом

Описание:
Тригеминальная невралгия вызвана очагом или очагами рассеянного склероза в области моста или места выхода корешка тройничного нерва и связана с другими симптомами и/или клиническими признаками либо лабораторными данными, свидетельствующими в пользу рассеянного склероза.

© International Headache Society 2020

Диагностические критерии:

A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, отвечающие критериям *13.1.1 Тригеминальная невралгия*.

B. Оба следующих критерия:
   1) диагностирован рассеянный склероз;
   2) очаг демиелинизации в зоне выхода корешка тройничного нерва или в проводящих путях в области моста, что было продемонстрировано на МРТ, либо его наличие предполагается по данным стандартных электрофизиологических исследований[1], свидетельствующим о нарушении в проводящих путях тройничного нерва.

C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Мигательный рефлекс или тригеминальные вызванные потенциалы.

Комментарии:

4.1.1.2.1 Тригеминальная невралгия при рассеянном склерозе встречается у 2–5% пациентов с рассеянным склерозом, иногда бывает двусторонней. При этом рассеянный склероз обнаруживается только в 2–4% случаев *4.1.1 Тригеминальная невралгия*. Симптомы тригеминальной невралгии редко служат начальным симптомом рассеянного склероза.

Очаг в области моста нарушает функцию внутримостовых центральных терминалей тригеминальных афферентов, которые поступают в ядра тройничного нерва в области моста. Повреждения моста оказывают воздействие на нейроны второго порядка тригеминально-таламического тракта, что обычно приводит к непароксизмальной боли и/или дизестезии. Такое нарушение должно классифицироваться как *13.13.1 Центральная нейропатическая боль при рассеянном склерозе*, согласно МКГБ-3.

У некоторых пациентов с рассеянным склерозом обнаруживается нейроваскулярная компрессия в области корешка тройничного нерва. Полагают, что рассеянный склероз повышает восприимчивость нервного корешка к компрессионному воздействию, что с большей вероятностью приводит к развитию пароксизмов боли.

У пациентов с *4.1.1.2.1 Тригеминальная невралгия* при рассеянном склерозе эффективность фармакологического и хирургического вмешательства ниже по сравнению с пациентами с *4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия*.

4.1.1.2.2 Тригеминальная невралгия, связанная с объемным образованием

Описание:

Тригеминальная невралгия, вызванная контактом между пораженным тройничным нервом и объемным образованием.

Диагностические критерии:

A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней боли в лице, отвечающие критериям *4.1.1 Тригеминальная невралгия.*

B. Оба следующих критерия:
   1) визуализирован контакт новообразования с пораженным тройничным нервом;
   2) боль развилась после идентификации образования или привела к его обнаружению.

C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Комментарий:

Пациенты с *4.1.1.2.2 Тригеминальная невралгия, связанная с объемным образованием*, могут иметь или не иметь клинически обнаруживаемые чувствительные расстройства, в то время как нейрофизиологические тесты, такие как тригеминальные стволовые рефлексы, показывают патологию почти во всех случаях.

4.1.1.2.3 Тригеминальная невралгия, связанная с другими причинами

Описание:

Тригеминальная невралгия, в основе которой лежит заболевание, отличное от описанных выше.

Диагностические критерии:

A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней боли в лице, отвечающие критериям *4.1.1 Тригеминальная невралгия*, только пароксизмальная, либо сопровождающиеся постоянной или почти постоянной болью, но не обязательно односторонние.

B. Оба следующих критерия:
   1) диагностировано заболевание, отличное от описанных выше, но способное вызвать тригеминальную невралгию[1];
   2) боль развилась после возникновения заболевания или привела к его обнаружению.

C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Выявленные причины – деформации костей основания черепа, заболевание соединительной ткани, артериовенозная мальформация, артериовенозная фистула твердой мозговой оболочки и генетические причины нейропатии или повышенной возбудимости нерва.

4.1.1.3 Идиопатическая тригеминальная невралгия

Описание:

Тригеминальная невралгия без значимых изменений по данным нейрофизиологических тестов и МРТ.

Диагностические критерии:

A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, отвечающие критериям *4.1.1 Тригеминальная невралгия*, *только пароксизмальная*, либо сопровождающиеся постоянной или почти постоянной болью.

© International Headache Society 2020

B. Не отвечает критериям *4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия* и *4.1.1.2 Вторичная тригеминальная невралгия*, что было подтверждено надлежащим обследованием[1, 2].
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечания:

1. Включая нейрофизиологические тесты или МРТ.
2. Контакт кровеносного сосуда и тройничного нерва и/или корешка тройничного нерва – распространенная находка при нейровизуализации у здоровых людей. Когда такой контакт обнаруживается при *4.1.1 Тригеминальная невралгия*, но без доказательств морфологических изменений (например, атрофия или смещение) в нервном корешке, критерии *4.1.1.1 Классическая тригеминальная невралгия* не выполняются и состояние считается идиопатическим.

4.1.1.3.1 Идиопатическая тригеминальная невралгия, только пароксизмальная

Диагностические критерии:

A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, отвечающие критериям *4.1.1.3 Идиопатическая тригеминальная невралгия*.
B. Отсутствие боли между приступами в области тройничного нерва.

4.1.1.3.2 Идиопатическая тригеминальная невралгия, сопровождающаяся постоянной болью

Диагностические критерии:

A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней лицевой боли, удовлетворяющие критериям *4.1.1.3 Идиопатическая тригеминальная невралгия*.
B. Сопутствующая постоянная или почти постоянная боль между приступами в области пораженного тройничного нерва.

4.1.2 Другая тригеминальная нейропатическая боль

Описание:

Лицевая боль в области одной или более ветвей тройничного нерва, вызванная другим заболеванием и указывающая на повреждение нерва. Основная боль обычно постоянная или почти постоянная, описывается как жжение или сжатие, либо подобная уколам булавок и игл. Могут присоединяться короткие болевые пароксизмы, но данный тип боли не преобладает. Такое сочетание отличает болевую тригеминальную невропатию от других подтипов *4.1.1 Тригеминальная невралгия*. В случае наличия сенсорных нарушений в области тройничного нерва широко распространены механическая аллодиния и холодовая гипералгезия, отвечающие критериям МАИБ для нейропатической боли. Как правило, области аллодинии более обширны, чем триггерные зоны, присутствующие при *4.1.1 Тригеминальная невралгия*.

4.1.2.1 Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с *Herpes zoster*

Описание:

Односторонняя лицевая боль продолжительностью менее 3 месяцев в области одной или нескольких ветвей тройничного нерва, вызванная и связанная с другими симптомами и/или клиническими признаками острой инфекции *Herpes zoster*.

Диагностические критерии:

A. Односторонняя лицевая боль в области одной или нескольких ветвей тройничного нерва, продолжительностью менее 3 месяцев.
B. Один или несколько из следующих критериев:
   1) герпетические высыпания расположены в области пораженного тройничного нерва;
   2) вирус *Varicella zoster* был обнаружен в спинальной жидкости при помощи полимеразной цепной реакции;
   3) положительный прямой иммунофлюоресцентный анализ на антиген вируса *Varicella zoster* или полимеразная цепная реакция на ДНК вируса V*aricella zoster* в клетках, полученных из основания повреждений.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Комментарии:

Инфекция *Herpes zoster* поражает тройничные ганглии в 10–15% случаев, при этом поражение офтальмической ветви может быть у 80% пациентов.

В редких случаях боль протекает без герпетических высыпаний (*zoster sine herpete*). Диагноз в таких случаях подтверждается выделением ДНК вируса *Varicella zoster* при помощи полимеразной цепной реакции в цереброспинальной жидкости.

Боль при *13.1.2.1 Болевая тригеминальная нейропатия*, связанная с *Herpes zoster,* обычно жгучая, колющая/простреливающая, покалывающая или ноющая, а также сопровождается кожной аллодинией. Герпес в офтальмической области может быть связан с параличом III, IV и/или VI пары черепно-мозговых нервов.

Herpes zoster распространен у иммунокомпрометированных пациентов и наблюдается приблизительно у 10% больных лимфомой и 25% пациентов с болезнью Ходжкина.

4.1.2.2 Тригеминальная постгерпетическая невралгия

Ранее используемый термин:

Постгерпетическая тригеминальная невропатия

Описание:

Односторонняя лицевая боль, сохраняющаяся или повторяющаяся в течение не менее трех месяцев в области одной или более ветвей тройничного нерва с различными сенсорными нарушениями, вызванная инфекцией *Herpes zoster*.

© International Headache Society 2020

Диагностические критерии:

A. Односторонняя лицевая боль в области одной или более ветвей тройничного нерва, сохраняющаяся или повторяющаяся на протяжении более 3 месяцев, а также отвечающая критерию C.
B. Инфекция *Herpes zoster* затронула те же ветви тройничного нерва.
C. Боль имеет тесную временную взаимосвязь с инфекцией *Herpes zoster*[1].
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Обычно боль развивается, пока сохраняются активные высыпания, но иногда и после их заживления. В таких случаях могут оставаться бледные или светло-фиолетовые рубцы как последствия герпетических высыпаний.

Комментарии:

Несмотря на свое давно употребляемое название, постгерпетическая невралгия на самом деле является нейропатией или нейронопатией, выраженной значительными патоанатомическими изменениями в нерве, ганглии и нервном корешке. При *13.1.2.2 Тригеминальная постгерпетическая невралгия* также имеются признаки воспаления, распространяющегося на стволовую часть тройничного нерва.

Постгерпетическая невралгия, более вероятно, развивается вслед за острой инфекцией *Herpes zoster* в пожилом возрасте.

Обычно при *13.1.2.2 Тригеминальная постгерпетическая невралгия* затрагивается первая ветвь тройничного нерва, однако не исключено вовлечение второй или третьей ветви.

В большинстве случаев боль при постгерпетической невралгии характеризуется как жжение и зуд, который иногда выражается заметным и отталкивающим проявлением на коже. Кроме того, как правило, у пациентов с постгерпетической невралгией наблюдаются явные сенсорные нарушения и механическая аллодиния в области вовлеченной ветви тройничного нерва. У многих пациентов, однако, наблюдаются невыраженные сенсорные нарушения, при этом преобладают повышенные реакции на термические и/или тактильные раздражители.

4.1.2.3 Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль

Ранее использовавшиеся термины:

Анестезия долороза; болезненная посттравматическая тригеминальная нейропатия.

Описание:

Односторонняя или двусторонняя боль в области лица или полости рта, возникшая после травмы тройничного нерва, сопровождающаяся другими симптомами и/или клиническими признаками дисфункции тройничного нерва и сохраняющаяся постоянно или возникающая периодически на протяжении более 3 месяцев.

Диагностические критерии:

A. Боль в области иннервации тройничного нерва, которая сохраняется или возникает периодически на протяжении более 3 месяцев и отвечает критериям C и D.
B. Оба следующих критерия:
   1) факт механического, термического, радиационного или химического повреждения тройничного нерва в анамнезе;
   2) подтверждаемое[1] диагностическими тестами поражение тройничного нерва, объясняющее боль[2].
C. Боль возникла не позднее 6 месяцев после травмы[3] нерва.
D. Связана с соматосенсорными симптомами[4] в той же области иннервации тройничного нерва.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечания:

1. Сюда относятся интраоперационное или нейровизуализационное подтверждение компрессии или другого поражения тройничного нерва, методы исследования нервной проводимости, вызванные потенциалы или данные биопсии кожи, подтверждающие уменьшение количества нервных окончаний, а также оценка роговичного рефлекса. Такие исследования имеют важное значение для определения причины боли, однако всегда должны оцениваться в совокупности с клиническими данными.
2. Степень повреждения нерва может варьировать от легкой до тяжелой и быть связана с прямой травмой или ятрогенией на фоне стоматологического лечения: местных анестезирующих инъекций, лечения корневого канала, удаления зуба и других хирургических манипуляций в полости рта.
3. В случае радиационного поражения постганглионарных волокон боль может возникать спустя более чем 3 месяца после воздействия.
4. Соматосенсорные (нейросенсорные) симптомы могут быть отрицательными (например, гипестезия и/или гипоалгезия) и/или положительными (например, гипералгезия и/или аллодиния). Обратите внимание, что положительные соматосенсорные симптомы не являются специфичными для нейропатии. Наличие отрицательной или положительной соматосенсорной симптоматики в области боли служит достоверным признаком поражения тройничного нерва. Клиническое обследование дополняется лабораторными исследованиями, такими как количественное сенсорное тестирование.

Комментарии:

Структура и содержание диагностических критериев для *4.1.2.3 Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль* схожи с таковыми для *13.1.2.3 Болевая посттравматическая тригеминальная невропатия* в МКГБ-3 и соответствуют критериям МАИБ.

По продолжительности боль может быть пароксизмальной, постоянной и смешанной.

Может показаться, что есть частичное совпадение с *6.3.2 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль с соматосенсорными изменениями*, но для диагностирования последней не требуется наличия временной взаимосвязи, а область возникновения соматосенсорных симптомов не ограничивается нейроанатомией отдельно взятого нерва.

Нейропатическая боль после проведения нейроабляции ганглия или нервного корешка при лечении невралгии тройничного нерва должна иметь кодировку *4.1.2.3 Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль*. В некоторых случаях она может сосуществовать

© International Headache Society 2020

с *4.1.1 Невралгия тройничного нерва*; например, когда последняя возобновляется после периода ремиссии.

4.1.2.3 Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль обычно строго односторонняя, но в некоторых случаях может стать более диффузной.

4.1.2.3.1 Возможная посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль

Диагностический критерий:

1. Боль, отвечающая критериям *4.1.2.3 Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль*, кроме критерия B2.

4.1.2.4 Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с другим нарушением

Описание:

Односторонняя или двусторонняя боль в области лица или полости рта, не связанная с расстройствами, описанными выше, и сопровождающаяся другими симптомами и/или клиническими признаками дисфункции тройничного нерва, которая сохраняется или возникает периодически в течение 3 и более месяцев.

Диагностические критерии:

A. Боль в области иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, которая сохраняется или возникает периодически на протяжении 3 и более месяцев и соответствует критериям C и D.
B. Диагностировано расстройство, способное вызвать такую тригеминальную нейропатическую боль, за исключением 4.1.2.1 и 4.1.2.3.
C. Боль развилась после начала предполагаемого расстройства или привела к его обнаружению.
D. Наличие соматосенсорных симптомов[1] в области боли.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Соматосенсорные симптомы могут быть отрицательными (например, гипестезия и/или гипалгезия) и/или положительными (например, гипералгезия и/или аллодиния).

Комментарии:

Тригеминальная невропатическая боль может быть вторичной по отношению к рассеянному склерозу, объемному поражению или системному заболеванию. В таком случае дифференцировать *4.1.1.2 Вторичная тригеминальная невралгия* от *4.1.2 Другая тригеминальная невропатическая боль* можно по клиническим характеристикам (характер спонтанной боли, вызванная боль и наличие сенсорной недостаточности).

4.1.2 Другая тригеминальная нейропатическая боль, вызванная заболеванием соединительной ткани или наследственным заболеванием, обычно двусторонняя, но может начинаться асимметрично и иметь характер интенсивной пароксизмальной боли, которая накладывается на постоянную боль. В дальнейшем у пациента развивается двусторонний сенсорный дефицит, а боль приобретает постоянный характер, что делает диагноз более определенным. В таком случае изменений на МРТ не выявляется, но рефлексы с тройничного нерва снижены или не вызываются.

4.1.2.4.1 Возможная тройничная нейропатическая боль, связанная с другим нарушением

Диагностический критерий:

A. Боль, отвечающая всем критериям, кроме *4.1.2.4 Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с другим нарушением.*

4.1.2.5 Идиопатическая тройничная нейропатическая боль

Описание:

Односторонняя или двусторонняя боль неизвестной этиологии в области иннервации одной или нескольких ветвей тригеминального нерва, свидетельствующая о повреждении нерва и сохраняющаяся или возникающая периодически на протяжении 3 и более месяцев.

Диагностические критерии:

A. Боль в области иннервации одной или нескольких ветвей тригеминального нерва, которая сохраняется или возникает периодически на протяжении 3 и более месяцев и соответствует критерию C.
B. Оба следующих критерия:
   1. Наличие поражения тройничного нерва, объясняющего боль.
   2. Нет указаний на травму или другое нарушение с возможным поражением тройничного нерва в анамнезе.
C. Боль связана с соматосенсорными симптомами[1] в области иннервации тех же ветвей тройничного нерва.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Соматосенсорные симптомы могут быть отрицательными (например, гипестезия и/или гипалгезия) и/или положительными (например, гипералгезия и/или аллодиния).

4.2 Боль, связанная с повреждением или заболеванием языкоглоточного нерва

4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва

Ранее используемый термин: вагоневралгия языкоглоточного нерва.

Описание:

Расстройство, характеризующееся односторонней болью по типу удара ножом, имеет резкое начало и конец в области не только языкоглоточного нерва, но и аурикулярной и фарингальной ветвей блуждающего нерва. Боль локализуется в области уха, основания языка, миндалины и/или под

© International Headache Society 2020

углом челюсти. Обычно провоцируется глотанием, разговором или кашлем и может меняться и вновь возникать по аналогии с *4.1.1 Тригеминальная невралгия*.

Диагностические критерии:

A. Повторяющиеся пароксизмы односторонней боли в области иннервации языкоглоточного нерва[1], отвечающие критерию B.
B. Боль имеет все следующие характеристики:
   1) продолжительность от нескольких секунд до двух минут;
   2) высокая интенсивность;
   3) по типу удара током, простреливающая, режущая;
   4) усиливается глотанием, кашлем, разговором или зевотой.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. В области задней части языка, миндалины, глотки или угла нижней челюсти и/или уха.

Комментарии:

4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва может возникать вместе с *4.1.1 Тригеминальная невралгия*.

Верхний гортанный нерв является ветвью блуждающего нерва. Невралгия верхнего гортанного нерва проявляется аналогично *4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерв*а по локализации, клинически они могут быть с трудом различимы.

Нейровизуализация может продемонстрировать компрессию языкоглоточного нерва.

Неприятные ощущения могут наблюдаться на протяжении от нескольких недель до нескольких месяцев до развития *4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва*.

Боль при *4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва* может иррадиировать в глаз, нос, подбородок или плечо. Она может быть достаточно серьезной для пациентов, иногда они даже теряют вес. В редких случаях приступы боли связаны с симптомами поражения блуждающего нерва, такими как кашель, осиплость голоса, обморок и/или брадикардия. Некоторые авторы предлагают различать глоточные, оталгические и вагальные подформы невралгии и использовать термин «вагоневралгия языкоглоточного нерва», когда боль сопровождается асистолией, судорогами и обмороком.

Клиническое обследование обычно не выявляет сенсорных изменений в зоне иннервации нерва, но если легкие сенсорные нарушения наблюдаются, они не противоречат диагнозу. Серьезные изменения или уменьшение/отсутствие рвотного рефлекса должны побуждать к диагностическим исследованиям для поиска этиологии поражения.

4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва обычно отвечает, по крайней мере на начальном этапе, на фармакотерапию (особенно на карбамазепин или окскарбазепин). Предполагается также, что применение местного анестетика в области миндалин и стенки глотки может прекратить приступы на несколько часов.

4.2.1.1 Классическая невралгия языкоглоточного нерва

Диагностические критерии:

A. Рецидивирующие пароксизмы односторонней боли, отвечающие критериям *4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва*.
B. Проявление нейроваскулярной компрессии корешка языкоглоточного нерва во время МРТ или операции.

4.2.1.2 Вторичная невралгия языкоглоточного нерва

Описание:

Невралгия языкоглоточного нерва, вызванная основным заболеванием.

Диагностические критерии:

A. Рецидивирующие пароксизмы односторонней боли, отвечающие критериям *4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва*.
B. Продемонстрировано основное заболевание, способное вызвать и объяснить невралгию[1].

Примечания:

1. Имеются единичные сообщения о *4.2.1.2 Вторичная невралгия языкоглоточного нерва,* вызванной травмой шеи, рассеянным склерозом, тонзиллярными или регионарными опухолями, опухолью мостомозжечкового угла и мальформацией Арнольда – Киари.

4.2.1.3 Идиопатическая невралгия языкоглоточного нерва

Диагностические критерии:

A. Рецидивирующие пароксизмы односторонней боли, отвечающие критериям *4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва*.
B. В ходе исследований не выявлены нейроваскулярный конфликт и основное заболевание, которое могло бы вызвать *4.2.1.2 Вторичная невралгия языкоглоточного нерва*.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

4.2.2 Языкоглоточная нейропатическая боль

Описание:

Боль в зоне иннервации языкоглоточного нерва (задняя часть языка, миндалины, глотка и/или под углом нижней челюсти.) Кроме того, боль обычно ощущается в области уха со стороны поражения. Основная боль, как правило, постоянная или почти постоянная и обычно описывается как жжение или сдавливание, либо сравнивается с покалыванием булавками и иглами. Могут наблюдаться короткие болевые пароксизмы, но данный тип боли не преобладает. Это сочетание отличает *4.2.2 Языкоглоточная нейропатическая боль* от *4.2.1 Невралгия языкоглоточного нерва*. Сенсорные нарушения могут присутствовать в задней части языка и миндалины на стороне поражения, рвотный рефлекс может быть ослаблен или отсутствовать.

© International Headache Society 2020

4.2.2.1. Языкоглоточная нейропатическая боль, связанная с установленной причиной

Описание:

Односторонняя постоянная или почти постоянная боль с сопутствующими кратковременными пароксизмами боли или без них в области иннервации языкоглоточного нерва, вызванная другими выявленными расстройствами.

Диагностические критерии:

A. Односторонняя постоянная или почти постоянная боль[1] в области иннервации языкоглоточного нерва, отвечающая критерию C.
B. Выявлено[2] заболевание, которое может вызывать болевую нейропатию языкоглоточного нерва.
C. Причинно-следственная связь подтверждается двумя следующими критериями:
   1) боль находится на стороне пораженного языкоглоточного нерва;
   2) боль развилась после начала заболевания или привела к его выявлению.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечания:

1. Кратковременные пароксизмы могут наблюдаться, но не являются преобладающим типом боли.
2. Опухоли мостомозжечкового угла и ятрогенная травма могут вызвать языкоглоточную нейропатическую боль.

4.2.2.2 Идиопатическая языкоглоточная нейропатическая боль

Описание:

Односторонняя постоянная или почти постоянная боль с сопутствующими кратковременными пароксизмами боли или без них в зоне иннервации языкоглоточного нерва неизвестной этиологии.

Диагностические критерии:

A. Односторонняя постоянная или почти постоянная боль[1] в зоне иннервации языкоглоточного нерва.
B. Причина не установлена.
C. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Кратковременные пароксизмы могут наблюдаться, но не являются преобладающим типом боли.

Литература

4.1. Боль, связанная с повреждением или заболеванием тройничного нерва

Benoliel R, Svensson P, Evers S, et al.; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary headache or orofacial pain. *Pain* 2019; 160: 60–68.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.

Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al.; Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* 2019; 160: 53–59.

4.1.1. Тригеминальная невралгия

Benoliel R, Eliav E and Sharav Y. Self-reports of painrelated awakenings in persistent orofacial pain patients. *J Orofac Pain* 2009; 23: 330–338.

Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Trigeminal neuralgia: new classification and diagnostic grading for clinical practice and research. *Neurology* 2016; 87: 220–228.

Drangsholt M and Truelove E. Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder. *J Evid Base Dent Pract* 2001; 1: 41–50.

Fromm GH, Graff-Radford SB, Terrence CF, et al. Pre-trigeminal neuralgia. *Neurology* 1990; 40: 1493–1495.

Haviv Y, Khan J, Zini A, et al. Trigeminal neuralgia (part I). Revisiting the clinical phenotype. *Cephalalgia* 2016; 36: 730–746.

Koopman JSHA, Dieleman JP, Huygen FJ, et al. Incidence of facial pain in the general population. *Pain* 2009; 147: 122–127.

Mueller D, Obermann M, Yoon MS, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. *Cephalalgia* 2011; 31: 1542–1548.

Obermann M, Yoon MS, Ese D, et al. Impaired trigeminal nociceptive processing in patients with trigeminal neuralgia. *Neurology* 2007; 69: 835–841.

Pareja JA, Cuadrado ML, Caminero AB, et al. Duration of attacks of first division trigeminal neuralgia. *Cephalalgia* 2005; 25: 305–308.

Rasmussen P. Facial pain. II. A prospective survey of 1052 patients with a view of: character of the attacks, onset, course, and character of pain. *Acta Neurochir (Wien)* 1990; 107: 121–128.

Rasmussen P. Facial pain. III. A prospective study of the localization of facial pain in 1052 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 53–63.

Rasmussen P. Facial pain. IV. A prospective study of 1052 patients with a view of: precipitating factors, associated symptoms, objective psychiatric and neurological symptoms. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 100–109.

4.1.1.1. Классическая тригеминальная невралгия

Antonini G, Di Pasquale A, Cruccu G, et al. Magnetic resonance imaging contribution for diagnosing symptomatic neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia: a blinded case–control study and meta-analysis. *Pain* 2014; 155: 1464–1471.

Bowsher D, Miles JB, Haggett CE, et al. Trigeminal neuralgia: a quantitative sensory perception threshold study in patients who had not undergone previous invasive procedures. *J Neurosurg* 1997; 86: 190–192.

Leal PR, Barbier C, Hermier M, et al. Atrophicchanges in the trigeminal nerves of patients with trigeminal neuralgia due to neurovascular compression and their association with the severity of compression and clinical outcomes. *J Neurosurg* 2014; 120: 1484–1495.

Maarbjerg S, Wolfram F, Gozalov A, et al. Significance of neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia. *Brain* 2015; 138: 311–319.

4.1.1.2.1. Тригеминальная невралгия, связанная с рассеянным склерозом

Cruccu G, Biasiotta A, Di RS, et al. Trigeminal neuralgia and pain related to multiple sclerosis. *Pain* 2009; 143: 186–191.

O'Connor AB, Schwid SR, Herrmann DN, et al. Pain associated with multiple sclerosis: systematic review and proposed classification. *Pain* 2008; 137: 96–111.

Truini A, Prosperini L, Calistri V, et al. A dual concurrent mechanism explains trigeminal neuralgia in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2016; 86: 2094–2099.

© International Headache Society 2020

4.1.1.2.2. Тригеминальная невралгия, связанная с объемным образованием

Cheng TM, Cascino TL and Onofrio BM. Comprehensive study of diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia secondary to tumors. *Neurology* 1993; 43: 2298–2302.

Wei Y, Zhao W, Pu C, et al. Clinical features and longterm surgical outcomes in 39 patients with tumorrelated trigeminal neuralgia compared with 360 patients with idiopathic trigeminal neuralgia. *Br J Neurosurg* 2017; 31: 101–106.

4.1.1.2.3. Тригеминальная невралгия, связанная с другой причиной

Coffey RJ and Fromm GH. Familial trigeminal neuralgia and Charcot-Marie-Tooth neuropathy. Report of two families and review. *Surg Neurol* 1991; 35: 49–53.

De Paula Lucas C and Zabramski JM. Dural arteriovenous fistula of the transverse-sigmoid sinus causing trigeminal neuralgia. *Acta Neurochir* 2007; 149: 1249–1253.

Tanaka BS, Zhao P, Dib-Hajj FB, et al. A gain offunction mutation in Nav1.6 in a case of trigeminal neuralgia. *Mol Med* 2016; 22: 338–348.

Yip V, Michael BD, Nahser HC, et al. Arteriovenous malformation: a rare cause of trigeminal neuralgia identified by magnetic resonance imaging with constructive interference in steady state sequences. *QJM* 2012; 105: 895–898.

4.1.1.3. Идиопатическая тригеминальная невралгия

Lee A, McCartney S, Burbidge C, et al. Trigeminal neuralgia occurs and recurs in the absence of neurovascular compression. *J Neurosurg* 2014; 120: 1048–1054.

4.1.2.1. Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с Herpes zoster

Dworkin RH and Portenoy RK. Pain and its persistence in herpes zoster. *Pain* 1996; 67: 241–252.

Haanpää M, Dastidar P, Weinberg A, et al. Characteristics of cerebrospinal fluid and magnetic resonance imaging findings in patients with acute herpes zoster. *Neurology* 1998; 51: 1405–1411.

Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus. Natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophthalmology* 2008; 115(2 Suppl): S3–12.

4.1.2.2. Тригеминальная постгерпетическая невралгия

Alvarez FK, de Siqueira SR, Okada M, et al. Evaluation of the sensation in patients with trigeminal post-herpetic neuralgia. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 347–350.

Truini A, Galeotti F, Haanpää M, et al. Pathophysiology of pain in postherpetic neuralgia: a clinical and neurophysiological study. *Pain* 2008; 140: 405–410.

Truini A, Haanpää M, Provitera V, et al. Differential myelinated and unmyelinated sensory and autonomic skin nerve fiber involvement in patients with ophthalmic postherpetic neuralgia. *Front Neuroanat* 2015; 9: 105.

4.1.2.3. Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль

Benoliel R, Birenboim R, Regev E, et al. Neurosensory changes in the infraorbital nerve following zygomatic fractures. *Oral Surg* 2005; 99: 657–665.

Benoliel R, Zadik Y, Eliav E, et al. Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathy: clinical features in 91 cases and proposal of novel diagnostic criteria. *J Orofac Pain* 2012; 26: 49–58.

Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016; 157: 1599–1606.

Jääskeläinen SK, Teerijoki-Oksa T and Forssell H. Neurophysiologic and quantitative sensory testing in the diagnosis of trigeminal neuropathy and neuropathic pain. *Pain* 2005; 117: 349–357.

Polycarpou N, Ng YL, Canavan D, et al. 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.

Queral-Godoy E, Figueiredo R, Valmaseda-Castellon E, et al. Frequency and evolution of lingual nerve lesions following lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 402–407.

Renton T and Yilmaz Z. Profiling of patients presenting with posttraumatic neuropathy of the trigeminal nerve. *J Orofac Pain* 2011; 25: 333–344.

4.1.2.4. Тригеминальная нейропатическая боль, связанная с другим нарушением

Cruccu G, Penisi EM, Antonini G, et al. Trigeminal isolated sensory neuropathy (TISN) and FOSMN syndrome: despite a dissimilar disease course do they share common pathophysiological mechanisms? *BMC Neurol* 2014; 14: 248.

Klasser GD, Balasubramaniam R and Epstein J. Topical review – connective tissue diseases: orofacial manifestations including pain. *J Orofac Pain* 2007; 21: 171–184.

4.2.1. Невралгия языкоглоточного нерва

Blumenfeld A and Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17: 343.

Huynh-Le P, Matsishima T, Hisada K, et al. Glossopharyngeal neuralgia due to an epidermoid tumour in the cerebellopontine angle. *J Clin Neurosci* 2004; 11: 758–760.

Kandan SR, Khan S, Jeyaretna DS, et al. Neuralgia of the glossopharyngeal and vagal nerves: long-term outcome following surgical treatment and literature review. *Br J Neurosurg* 2010; 24: 441–446.

Minagar A and Sheremata WA. Glossopharyngeal neuralgia and MS. *Neurology* 2000; 54: 1368–1370.

Patel A, Kassam A, Horowitz M, et al. Microvascular decompression in the management of glossopharyngeal neuralgia: analysis of 217 cases. *Neurosurgery* 2002; 50: 705–710.

Peet MM. Glossopharyngeal neuralgia. *Ann Surg* 1935; 101: 256–258.

Saman Y, Whitehead D and Gleeson M. Jugular foramen schwannoma presenting with glossopharyngeal neuralgia syncope syndrome. *J Laryngol Otol* 2010; 124: 1305–1308.

Tanrikulu L, Hastreiter P, Dorfler A, et al. Classification of neurovascular compression in glossopharyngeal neuralgia: three-dimensional visualization of the glossopharyngeal nerve. *Surg Neurol Int* 2015; 6: 189.

4.2.2. Языкоглоточная нейропатическая боль

Bakar B. The jugular foramen schwannomas: review of the large surgical series. *J Korean Neurosurg Soc* 2008; 44: 285–294.

Kalladka M, Nasri-Heir C, Eliav E, et al. Continuous neuropathic pain secondary to endoscopic procedures: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016; 122: e55–e59.

Shin HY, Park HJ, Choi YC, et al. Clinical and electromyographic features of radiation-induced lower cranial neuropathy. *Clin Neurophysiol* 2013; 124: 598–602.

© International Headache Society 2020

5. Орофациальные боли, похожие на первичные головные боли

Общие комментарии:

В клинической практике часто встречаются три категории пациентов с сочетанием головной и лицевой боли:

- *первая категория:* пациенты с головной болью, которые дополнительно жалуются на боли в лице с той же стороны во время приступа головной боли;
- *вторая категория:* пациенты с головной болью, которых перестали беспокоить приступы головной боли, но появились боли в лице, характером, продолжительностью, интенсивностью и сопутствующими симптомами напоминающие прежние приступы головной боли;
- *третья категория:* пациенты без предшествовавшей головной боли, у которых впервые появились приступы лицевой боли, напоминающие характеристиками, продолжительностью, интенсивностью и сопутствующими симптомами один из видов первичной головной боли.

Этот раздел МКОБ предназначен для постановки диагноза пациентам *третьей категории*, у которых боль, напоминающая первичные головные боли, локализована только в области лица, и *нет* боли в области головы. Остальные категории головной боли кодируются в МКГБ-3.

5.1 Орофациальная мигрень

Описание:

Эпизодические или хронические боли в орофациальной области без головной боли с характеристиками и дополнительными особенностями *1. Мигрень*, описанными в МКГБ-3.

Другие варианты кодировки:

Боль в орофациальной области, соответствующая критериям любой из указанных ниже форм, но сопровождающаяся болью в области головы, должна кодироваться согласно МКГБ-3 как *1. Мигрень.*

5.1.1 Эпизодическая орофациальная мигрень

Описание:

Повторяющиеся приступы боли в орофациальной области без головной боли продолжительностью 4–72 часа. Типичны односторонняя локализация, пульсирующий характер, средняя или высокая интенсивность, нарастание боли при привычной физической нагрузке, тошнота, фото-, фонофобия.

Диагностические критерии:

A. Как минимум пять приступов, соответствующих критериям B–D.
B. Лицевая боль и/или боль в области рта без головной боли продолжительностью 4–72 часа (без лечения или при неэффективном лечении).
C. Боль соответствует минимум двум из четырех следующих критериев:
   1) односторонняя;
   2) пульсирующая;
   3) средней или высокой интенсивности;
   4) усиливается или провоцируется привычной физической активностью (ходьба или подъем по лестнице).
D. Боль сопровождается одним или обоими из дополнительных симптомов:
   1) тошнота и/или рвота;
   2) фотоот фонофобия.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Комментарии:

Боль, строго соответствующая критериям *5.1.1 Эпизодическая орофациальная мигрень* (без боли в области головы), встречается очень редко. Двусторонняя орофациальная мигрень пока не была описана.

Кроме того, в литературе не встречается описания орофациальной мигрени с аурой, поэтому таковая отсутствует в МКОБ до появления новых данных.

У некоторых пациентов описаны приступы боли в полости рта разной продолжительности с нетипичными мигренеподобными особенностями. Такие боли, вероятно, не имеют отношения к мигрени и описаны в *5.4 Нейроваскулярная орофациальная боль.*

5.1.2 Хроническая орофациальная мигрень

Описание:

Лицевая боль и/или боль в области рта, беспокоящая 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, имеющая характеристики мигрени минимум 8 дней в месяц.

Диагностические критерии:

A. Лицевая боль и/или боль в области рта без головной боли, беспокоящая 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, соответствующая критериям B и C.
B. У пациента уже было минимум пять приступов, соответствующих критериям B–D *5.1 Эпизодическая орофациальная мигрень.*
C. Минимум 8 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев боль соответствует любому из указанных ниже критериев:
   1) критерий C или D для *5.1.1 Эпизодическая орофациальная мигрень*;
   2) орофациальная мигрень в анамнезе, эффективны триптаны / алкалоиды спорыньи.
D. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Комментарий:

Для заключения о часто повторяющейся рецидивирующей орофациальной боли обычно требуется заполнение дневника боли, в который день за днем в течение минимум одного месяца вносится информация о характеристиках боли и сопутствующих симптомах.

© International Headache Society 2020

5.2 Орофациальная боль напряженного типа

Описание:

Эпизодическая или хроническая боль в орофациальной области без головной боли с характеристиками и дополнительными особенностями, схожими с *2. Головная боль напряжения* в МКГБ-3.

Комментарии:

Между состояниями, описанными в разделе *2. Головная боль напряжения* из МКГБ-3 и разделе *2. Миофасциальная орофациальная боль* из МКОБ много схожего. Однако в настоящее время нет убедительных данных, позволяющих установить какую-либо связь между ними.

Вероятно, существует лицевая боль, не связанная с височно-нижнечелюстными расстройствами, которую можно описать как «боль напряжения лицевых мышц», возникающая во время бездействия мышц и купируемая произвольными движениями (жевание). В настоящий момент нет убедительных данных, которые могли бы позволить выделить эту боль в отдельный тип.

5.3 Тригеминальная вегетативная орофациальная боль

Описание:

Приступы боли в орофациальной области без головной боли с характеристиками и дополнительными особенностями *3. Тригеминальные вегетативные цефалгии* в соответствии с МКГБ-3.

Другие варианты кодировки:

Орофациальная боль, отвечающая критериям ниже, но сопровождающаяся головной болью, кодируется как *3. Тригеминальные вегетативные цефалгии*, согласно МКГБ-3.

5.3.1 Орофациальные кластерные боли

Описание:

Приступы интенсивной, строго односторонней лицевой боли и/или боли в области рта без головной боли продолжительностью 15–180 минут и частотой от 1 до 8 раз в сутки. Приступы сопровождаются дополнительными симптомами на стороне боли: покраснением конъюнктивы, слезотечением, заложенностью носа, ринореей, потливостью лица и лба, миозом, опущением века и/или отеком век, ажитацией и/или беспокойством.

Диагностические критерии:

A. Как минимум пять приступов, отвечающих критериям B–D.
B. Интенсивная или очень интенсивная односторонняя лицевая боль и/или боль в области рта продолжительностью 15–180 минут (без лечения)[1].
C. Один или оба следующих критерия:
   1) минимум один из следующих симптомов на стороне боли:
      a) конъюнктивальная инъекция и/или слезотечение;
      b) заложенность носа или ринорея;
      c) отек века;
      d) потливость лба и лица;
      e) миоз и/или птоз;
   2) ажитация и беспокойство.
D. Возникает с частотой от 1 раза в два дня до восьми эпизодов в день[2].
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечания:

1. Некоторые приступы (но не более половины от общего числа) могут быть менее интенсивными и/или различаться по продолжительности.
2. Приступы могут быть менее частыми в течение некоторой части кластерного периода, но не более его половины.

Комментарий:

Вегетативные симптомы *5.3.1 Орофациальная кластерная боль* могут быть менее выраженными или отличаться от тех, которые описаны как характерные для *3.1 Кластерные головные боли* в МКГБ-3. Пациенты с лицевыми болями и/или болями в области рта, сопровождающимися вегетативными проявлениями, характерными для кластерной боли, описаны, но нет достаточных данных для выделения их в отдельную группу. Для уточнения этого вопроса нужны дальнейшие исследования.

5.3.1.1 Эпизодические орофациальные кластерные приступы

Описание:

Орофациальные кластерные приступы, возникающие в периоды продолжительностью от 7 дней до года, разделенные периодами без боли продолжительностью минимум 3 месяца.

Диагностические критерии:

A. Приступы, отвечающие критериям *5.3.1 Орофациальная кластерная боль*, возникающие в виде «пучков» (кластерных периодов).
B. Минимум два кластерных периода продолжительностью от 7 дней до года (без лечения), разделенных безболевым периодом продолжительностью минимум 3 месяца.

5.3.1.2 Хронические орофациальные кластерные приступы

Описание:

Приступы орофациальной кластерной боли, возникающие в течение года или более чем года без ремиссий, либо период ремиссии имеет продолжительность менее 3 месяцев.

Диагностические критерии:

A. Приступы, отвечающие критериям *5.3.1 Орофациальная кластерная боль* и критерию B ниже.
B. Приступы возникают на протяжении года без ремиссии, или период ремиссии длится менее 3 месяцев.

© International Headache Society 2020

Комментарий:
5.3.1.2 Хроническая орофациальная кластерная боль может развиваться на фоне эпизодической или возникать первично. У некоторых пациентов *5.3.1.2 Хроническая орофациальная кластерная боль* может переходить в *5.3.1.1 Эпизодическая орофациальная кластерная боль*.

5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль
Описание:
Приступы интенсивной, строго односторонней орофациальной боли без головной боли продолжительностью от 2 до 30 минут, возникающие несколько или много раз в день. Могут сопровождаться покраснением конъюнктивы, слезотечением, заложенностью носа, ринореей, потливостью лба и лица, миозом, птозом, отеком века на стороне боли.

Диагностические критерии:
A. Минимум 20 приступов, соответствующих критериям B–D.
B. Интенсивная или очень интенсивная односторонняя лицевая боль и/или боль в области рта продолжительностью 2–30 минут.
C. Один или оба следующих критерия:
   1) минимум один из следующих симптомов на стороне боли:
      a) конъюнктивальная инъекция и/или слезотечение;
      b) заложенность носа или ринорея;
      c) отек века;
      d) потливость лба и лица;
      e) миоз и/или птоз;
   2) боль полностью купируется/предотвращается приемом индометацина в терапевтических дозах.
D. Частота болевых эпизодов – более 5 раз в день[1].
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:
1. Приступы могут быть менее частыми в течение некоторой части кластерного периода, но не более его половины.

Комментарии:
Есть данные о случаях пароксизмальной гемифациальной боли без четких вегетативных симптомов. В некоторых исследованиях предполагается, что вегетативные симптомы при боли в зоне иннервации второй и/или третьей ветвей тройничного нерва (*5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль*) качественно и количественно отличаются от таковых при боли в зоне иннервации первой ветви (*3.2 Пароксизмальная гемикрания* в МКГБ-3).

Абсолютный ответ на прием индометацина в отношении *5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль* пока не установлен.

Для того чтобы разграничить эти состояния, необходимы дальнейшие исследования.

5.3.2.1 Эпизодическая пароксизмальная гемифациальная боль
Описание:
Приступы пароксизмальной гемифациальной боли, имеющие продолжительность от 7 дней до года, разделенные периодами без боли продолжительностью минимум 3 месяца.

Диагностические критерии:
A. Приступы, отвечающие критериям *5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль*, возникающие в виде «пучков» (болевых периодов).
B. У пациента отмечалось минимум два «пучка» продолжительностью от 7 дней до года (без лечения), разделенных периодом без боли минимум в 3 месяца.

5.3.2.2 Хроническая пароксизмальная гемифациальная боль
Описание:
Приступы пароксизмальной гемифациальной боли, возникающие на протяжении года или более без ремиссии, либо периоды ремиссии продолжительностью менее 3 месяцев.

Диагностические критерии:
A. Приступы, отвечающие критериям *5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль* и критерию B ниже.
B. Приступы возникают без периода ремиссии или с ремиссиями продолжительностью менее 3 месяцев в течение 1 года.

5.3.3 Кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами
Описание:
Приступы умеренной или интенсивной строго односторонней лицевой боли и/или боли в области рта без головной боли продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут, возникающие минимум раз в день и обычно сопровождающиеся сильным слезотечением и покраснением глаза на стороне боли и/или другими местными вегетативными симптомами.

Диагностические критерии:
A. Минимум 20 приступов, отвечающих критериям B–D.
B. Умеренная или интенсивная односторонняя лицевая боль и/или боль в области рта продолжительностью от 1 до 600 секунд, проявляющаяся в виде одиночных уколов, серий уколов или по типу зубчатого паттерна.
C. Минимум один из краниальных вегетативных симптомов на стороне боли:
   1) инъекция конъюнктивы и/или слезотечение;
   2) заложенность носа или ринорея;
   3) отек века;
   4) потливость лба и лица;
   5) миоз и/или птоз.
D. Частота минимум раз в день[1] и выше.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

© International Headache Society 2020

Примечание:

1. Приступы могут быть менее частыми в течение некоторой части кластерного периода, но не более его половины.

Комментарий:
Закономерность возникновения и распространения вегетативных симптомов при *5.3.3 Кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами* неясна и нуждается в дальнейшем изучении.

При *3.3.1 Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъекцией конъюнктивы и слезотечением*, описанных в МКГБ-3, боль и сопутствующие вегетативные симптомы возникают в зоне иннервации тройничного нерва; локализация и характер вегетативных симптомов могут быть связаны с локализацией боли.

5.3.3.1 Эпизодические кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами

Описание:
Приступы кратковременных односторонних невралгических лицевых болей с вегетативными симптомами, возникающие периодами продолжительностью от 7 дней до года, разделенные периодами без боли продолжительностью минимум 3 месяца.

Диагностические критерии:
A. Приступы, отвечающие критериям *5.3.2 Кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами*, возникающие пучками (кластерными периодами).
B. Минимум два пучка продолжительностью от 7 дней до года (без лечения), разделенных периодом без боли продолжительностью минимум 3 месяца.

5.3.3.2 Хронические кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами

Описание:
Приступы кратковременных односторонних невралгических лицевых болей с вегетативными симптомами, возникающие в течение более чем года без ремиссии, или период ремиссии менее 3 месяцев.

Диагностические критерии:
A. Приступы, отвечающие критериям *5.3.3 Кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами* и критерию B ниже.
B. Приступы протекают более года без ремиссии или период ремиссии длится менее 3 месяцев.

5.3.4 Постоянная гемифациальная боль с вегетативными симптомами

Наличие отдельного лицевого эквивалента *3.4 Гемикрания континуа*, описанной в МКГБ-3, пока не установлено, но при гемикрании континуа встречается распространение боли на область лица. Возможность отражения и/или иррадиации боли в область рта и лица вызывает определенные диагностические трудности.

Вероятно, гемикрания континуа может иметь свой эквивалент среди синдромов хронической идиопатической лицевой боли.

5.4 Нейроваскулярная орофациальная боль

Описание:
Приступы боли в полости рта без головной боли, различные по продолжительности, средней или высокой интенсивности, часто напоминающие зубную боль, иногда сопровождающиеся невыраженными вегетативными и/или мигренозными симптомами. По длительности приступа эти боли разделяются на два подтипа: кратковременные (1–4 часа) и длительные (более 4 часов).

Диагностические критерии:
A. Минимум пять приступов односторонней боли в полости рта[1] различной продолжительности без головной боли, соответствующих критериям B–D.
B. Боль отвечает обоим следующим критериям:
   1) умеренная или высокая интенсивность;
   2) один или оба следующих критерия:
      a) напоминает зубную боль;
      b) пульсирующий характер.
C. Боль сопровождается одним из следующих нарушений:
   1) покраснение конъюнктивы и/или слезотечение на стороне боли;
   2) ринорея и/или заложенность носа на стороне боли;
   3) отечность щеки на стороне боли;
   4) фотон и/или фонофобия;
   5) тошнота и/или рвота.
D. Нет других местных причин боли, нет клинических или рентгенографических признаков другой патологии.
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Изначально боль, происходящая из полости рта, может отражаться и иррадиировать в смежные области, особенно если это боль высокой интенсивности. Данный феномен нуждается в дальнейшем исследовании.

Комментарии:
В различных исследованиях предложено выделять этот вид боли отдельно, несмотря на очевидную схожесть с *5.1 Орофациальная мигрень* и *5.3 Тригеминальная вегетативная орофациальная боль*. Нейроваскулярная орофациальная боль описывается в литературе с 1997 г., но для ее точного объяснения необходимо провести дополнительные исследования.

Сообщения о повышенной чувствительности к холоду как во время приступа, так и вне его необходимо тщательно изучить, так как этот феномен может стать полезным индикатором расстройства, а также связать данный тип боли

© International Headache Society 2020

с мигренью, для которой может быть характерна механическая аллодиния во время приступов.

Для диагностики данного типа боли важным является заполнение дневника боли.

5.4.1 Кратковременная нейроваскулярная орофациальная боль

Диагностические критерии:

A. Приступы боли в полости рта, отвечающие критериям *5.4 Нейроваскулярная орофациальная боль* и критерию B ниже.

B. Продолжительность 1–4 часа (без лечения или при неэффективном лечении).

5.4.2 Длительная нейроваскулярная орофациальная боль

Диагностические критерии:

A. Приступы боли в полости рта, отвечающие критериям *5.4 Нейроваскулярная орофациальная боль* и критерию B ниже.

B. Продолжительность более 4 часов (без лечения или при неэффективном лечении).

Литература

5.1 Орофациальная мигрень

Alvarez M, Montojo T, de la Casa B, et al. Unilateral nasal pain with migraine features. *Cephalalgia* 2013; 33: 1055–1058.

Daudia AT and Jones NS. Facial migraine in a rhinological setting. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2002; 27: 521–525.

Debruyne F and Herroelen L. Migraine presenting as chronic facial pain. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 235–237.

Dodick DW. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1199–1200.

Eross E, Dodick D and Eross M. The Sinus, Allergy and Migraine Study (SAMS). *Headache* 2007; 47: 213–224.

Gaul C, Sandor PS, Galli U, et al. Orofacial migraine. *Cephalalgia* 2007; 27: 950–952.

Hussain A, Stiles MA and Oshinsky ML. Pain remapping in migraine: a novel characteristic following trigeminal nerve injury. *Headache* 2010; 50: 669–671.

Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 638–645.

Obermann M, Mueller D, Yoon MS, et al. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1278–1282.

Penarrocha M, Bandres A, Penarrocha M, et al. Lower-half facial migraine: a report of 11 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 1453–1456.

Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ, et al. Prevalence of migraine in patients with a history of self-reported or physician-diagnosed 'sinus' headache. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1769–1772.

Yoon MS, Mueller D, Hansen N, et al. Prevalence of facial pain in migraine: a population-based study. *Cephalalgia* 2010; 30: 92–96.

5.3.1 Орофациальная кластерная боль

Bahra A and Goadsby PJ. Diagnostic delays and mismanagement in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 175–179.

Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354–361.

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Bittar G and Graff-Radford SB. A retrospective study of patients with cluster headaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 519–525.

Cademartiri C, Torelli P, Cologno D, et al. Upper and lower cluster headache: clinical and pathogenetic observations in 608 patients. *Headache* 2002; 42: 630–637.

Gaul C, Gantenbein AR, Buettner UW, et al. Orofacial cluster headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 903–905.

Gross SG. Dental presentations of cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 126–129.

Larner AJ. Unnecessary extractions. *Br Dent J* 2007; 203: 442.

Sanchez Del Rio M, Leira R, Pozo-Rosich P, et al. Errors in recognition and management are still frequent in patients with cluster headache. *Eur Neurol* 2014; 72: 209–212.

Van Alboom E, Louis P, Van Zandijcke M, et al. Diagnostic and therapeutic trajectory of cluster headache patients in Flanders. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 10–17.

Van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, et al. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1123–1125.

5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль

Bahra A and Goadsby PJ. Diagnostic delays and mismanagement in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 175–179.

Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354–361.

Bartsch T, Knight YE and Goadsby PJ. Activation of 5-HT1B/1D receptor in the periaqueductal gray inhibits nociception. *Ann Neurol* 2004; 56: 371–381.

Benoliel R and Sharav Y. Paroxysmal hemicrania. Case studies and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 285–292.

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Cademartiri C, Torelli P, Cologno D, et al. Upper and lower cluster headache: clinical and pathogenetic observations in 608 patients. *Headache* 2002; 42: 630–637.

Cittadini E, Matharu MS and Goadsby PJ. Paroxysmal hemicrania: a prospective clinical study of 31 cases. *Brain* 2008; 131: 1142–1155.

Delcanho RE and Graff-Radford SB. Chronic paroxysmal hemicrania presenting as toothache. *J Orofac Pain* 1993; 7: 300–306.

Gaul C, Gantenbein AR, Buettner UW, et al. Orofacial cluster headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 903–905.

Graff-Radford SB. Paroxysmal hemicrania. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 138.

Gross SG. Dental presentations of cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 126–129.

Larner AJ. Unnecessary extractions. *Br Dent J* 2007; 203: 442.

May A. The exceptional role of the 1st division of the trigeminal nerve. *Pain* 2018; 159: S81–S84.

Moncada E and Graff-Radford SB. Benign indomethacin-responsive headaches presenting in the orofacial region: eight case reports. *J Orofac Pain* 1995; 9: 276–284.

Sanchez Del Rio M, Leira R, Pozo-Rosich P, et al. Errors in recognition and management are still frequent in patients with cluster headache. *Eur Neurol* 2014; 72: 209–212.

Van Alboom E, Louis P, Van Zandijcke M, et al. Diagnostic and therapeutic trajectory of cluster headache patients in Flanders. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 10–17.

© International Headache Society 2020

Van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, et al. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1123–1125.

5.3.3 Кратковременные односторонние невралгические лицевые боли с вегетативными симптомами

Benoliel R and Sharav Y. SUNCT syndrome: case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 158–161.

Brown RS and Pass B. Orofacial pain due to trigeminal autonomic cephalgia with features of shortlasting neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 114: e13–e19.

Goadsby PJ, Cittadini E and Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania continua. *Semin Neurol* 2010; 30: 186–191.

5.3.4 Гемифациальная постоянная боль с вегетативными симптомами

Benoliel R, Robinson S, Eliav E, et al. Hemicrania continua. *J Orofac Pain* 2002; 16: 317–325.

Goadsby PJ, Cittadini E and Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania continua. *Semin Neurol* 2010; 30: 186–191.

Hryvenko I, Cervantes-Chavarría AR, Law AS, et al. Hemicrania continua: Case series presenting in an orofacial pain clinic. *Cephalalgia* 2018; 38: 1950–1959.

Prakash S, Shah ND and Chavda BV. Unnecessary extractions in patients with hemicrania continua: case reports and implication for dentistry. *J Orofac Pain* 2010; 24: 408–411.

Rossi P, Faroni J, Tassorelli C, et al. Diagnostic delay and suboptimal management in a referral population with hemicrania continua. *Headache* 2009; 49: 227–234.

Viana M, Tassorelli C, Allena M, et al. Diagnostic and therapeutic errors in trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua: a systematic review. *J Headache Pain* 2013; 14: 14.

Ziegeler C and May A. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. *Neurology* 2019; 93: e1138–e1147.

5.4 Нейроваскулярная орофациальная боль

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Czerninsky R, Benoliel R and Sharav Y. Odontalgia in vascular orofacial pain. *J Orofac Pain* 1999; 13: 196–200.

© International Headache Society 2020

6. Идиопатическая орофациальная боль

Описание:
Односторонняя или двусторонняя боль в полости рта или лицевая боль в зоне (зонах) иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва (нервов) неизвестной этиологии. Боль обычно персистирующая, средней интенсивности, без четкой локализации и описывается как тупая, давящая или жгучая.

Классифицировано в другом месте:
4.1.1.3 Идиопатическая тригеминальная невралгия, 4.1.2.5 Идиопатическая тройничная нейропатическая боль, 4.2.1.3 Идиопатическая невралгия языкоглоточного нерва, 4.2.2.2 Идиопатическая языкоглоточная нейропатическая боль.

6.1 Синдром пылающего рта

Ранее использованные термины:
Стоматодиния, или глоссодиния (когда боль ограничена областью языка), первичный синдром пылающего рта.

Описание:
Жжение или дизестезия в полости рта, повторяющиеся ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев без клинически выраженных признаков основного заболевания.

Диагностические критерии:
A. Боль в области рта, отвечающая критериям B и C.
B. Повторяется ежедневно более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев[1].
C. Боль имеет все следующие характеристики:
   1) характер жжения;
   2) ощущается поверхностно в слизистой оболочке полости рта.
D. Слизистая оболочка полости рта имеет нормальный вид, а локальные или системные причины были исключены.
E. Не соответствует другому диагнозу[2] МКОБ или МКГБ-3[2].

Примечания:

1. Боль, отвечающая всем критериям, но длительностью до 3 месяцев следует кодировать как *6.1.3 Возможный синдром пылающего рта*.
2. Диагноз *6.1 Синдром пылающего рта* подразумевает, что количественное сенсорное тестирование не проводилось. Как только это будет сделано, должен быть определен один из двух подтипов: *6.1.1 Синдром пылающего рта без соматосенсорных нарушений* или *6.1.2 Синдром пылающего рта с соматосенсорными нарушениями*.

Комментарии:
Количественное сенсорное тестирование часто обнаруживает отклонения от нормы, дифференцируя два подтипа, тогда как клиническое сенсорное исследование очень редко выявляет незначительные сенсорные нарушения.

Боль при *6.1 Синдром пылающего рта* чаще двусторонняя, чем односторонняя. Ее интенсивность различна. Самая частая локализация – кончик языка. Субъективные сухость во рту, дизестезия и изменение вкуса отмечаются в ⅔ зарегистрированных случаев.

Заболевание наиболее распространено в постменопаузальном периоде у женщин, и в некоторых исследованиях продемонстрированы сопутствующие психосоциальные и психические расстройства, как при других стойких болевых синдромах. Последние данные указывают на различные уровни нарушений соматосенсорной функции у пациентов с *6.1 Синдром пылающего рта*. Эти результаты побуждают к дальнейшим исследованиям расстройства как возможной нейропатической боли.

Симптомы синдрома пылающего рта могут быть вторичными по отношению к местному или системному состоянию и соответствовать подтипам *1.1.3 Гингивальная боль* или *1.2.1 Боль слизистой оболочки полости рта* (ранее известным как «вторичный синдром пылающего рта»). *6.1 Синдром пылающего рта* (ранее «первичный синдром пылающего рта») диагностируется только в случаях, когда все местные и системные причины были исключены.

6.1.1 Синдром пылающего рта без соматосенсорных нарушений

Описание:
Жжение или дизестезия в полости рта, повторяющиеся ежедневно более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев без клинически выраженных признаков основного заболевания и сопутствующих соматосенсорных нарушений.

Диагностические критерии:
A. Боль в полости рта, отвечающая критериям *6.1 Синдром пылающего рта*.
B. При качественном или количественном обследовании не выявляются соматосенсорные изменения.

6.1.2 Синдром пылающего рта с соматосенсорными нарушениями

Описание:
Жжение или дизестезия в полости рта, повторяющиеся ежедневно более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев без клинически выраженных признаков основного заболевания и сопровождаемые отрицательными и/или положительными соматосенсорными нарушениями.

Диагностические критерии:
A. Боль в полости рта, отвечающая критериям *6.1 Синдром пылающего рта*.
B. При качественном или количественном обследовании выявляются соматосенсорные изменения[1].

Примечание:

1. Отрицательные (гипестезия и/или гипалгезия) и/или положительные (гипералгезия и/или аллодиния) сенсорные симптомы и/или признаки.

© International Headache Society 2020

6.1.3 Возможный синдром пылающего рта

Описание:

Жжение или дизестезия в полости рта, повторяющиеся ежедневно более 2 часов в день на протяжении менее 3 месяцев без клинически выраженных признаков основного заболевания

Диагностический критерий:

A. Боль в полости рта, отвечающая критериям *6.1 Синдром пылающего рта*, за исключением длительности менее 3 месяцев[1].

Примечание:

1. По прошествии 3 месяцев диагноз кодируется как *6.1 Синдром пылающего рта* (или один из его подтипов).

Комментарии:

Подтипы формально не классифицированы, но могут быть закодированы как *6.1.3.1 Возможный синдром пылающего рта без соматосенсорных нарушений* или *6.1.3.2 Возможный синдром пылающего рта с соматосенсорными нарушениями* в соответствии с критериями выше.

6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль

Ранее используемый термин: атипичная лицевая боль.

Описание:

Постоянная боль в области лица с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев в отсутствие клинически выраженных неврологических нарушений или предшествующей причины.

Диагностические критерии:

A. Боль в области лица, отвечающая критериям B и C.
B. Повторяется ежедневно более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев[1].
C. Боль имеет все следующие характеристики:
   1) плохо локализована и не соответствует зоне иннервации периферического нерва[2];
   2) тупая, ноющая или тянущая[3].
D. Клиническое или лучевое обследование не выявляет патологии[4], и местные причины были исключены[5].
E. Не соответствует другому диагнозу МКОБ или МКГБ-3[6].

Примечания:

1. Боль длительностью до 3 месяцев, если все остальные критерии выполнены, кодируется как *6.2.3 Возможная персистирующая идиопатическая лицевая боль*.
2. Боль может быть описана как глубокая или поверхностная и может распространяться от лица ко рту или наоборот. Со временем она может распространяться на более широкую краниоцервикальную область.
3. Характер боли может иметь широкий спектр описания, также боль может обостряться и усугубляться стрессом.
4. Клиническая соматосенсорная оценка с помощью укола иглой или легкого прикосновения очень редко может выявить слабые соматосенсорные изменения. Может присутствовать ноципластическая боль, отражающая нарушение обработки в соматосенсорной системе и связанная с изменением в модулирующей системе подавления боли.
5. Пациенты могут сообщать о небольших операциях или травмах лица, верхней челюсти, зубов или десен, но при проведении клинических и лучевых исследований не обнаруживаются очевидные локальные причины.
6. Диагноз *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль* подразумевает, что количественное сенсорное тестирование не проводилось. В случае его проведения должен быть определен один из двух подтипов: *6.2.1 Персистирующая идиопатическая лицевая боль без соматосенсорных нарушений* или *6.2.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль с соматосенсорными нарушениями*.

Комментарии:

Критерии МКОБ определяют два типа: *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль* и *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль*. В обоих случаях боль носит постоянный характер, но с возможными периодическими обострениями. В МКГБ-3 эти виды рассматриваются как одно целое: *13.12 Персистирующая идиопатическая лицевая боль с атипичной одонталгией* в качестве возможного подтипа.

6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль может сочетаться с другими болевыми расстройствами, такими как хроническая распространенная боль и синдром раздраженного кишечника, а также сопровождающими их психосоциальными нарушениями.

6.2.1 Персистирующая идиопатическая лицевая боль без соматосенсорных нарушений

Описание:

Постоянная боль в области лица с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев в отсутствие клинически выраженных неврологических нарушений или предшествующей причины, не сопровождаемая соматосенсорными нарушениями.

Диагностические критерии:

A. Лицевая боль, отвечающая критериям *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль*.
B. При качественном или количественном обследовании не выявляются соматосенсорные изменения.

6.2.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль с соматосенсорными нарушениями

Описание:

Постоянная боль в области лица с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев в отсутствие клинически выраженных неврологических нарушений или предшествующей причины, сопровождаемая отрицательными и/или положительными соматосенсорными нарушениями.

Диагностические критерии:

A. Лицевая боль, отвечающая критериям *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль*.

© International Headache Society 2020

B. При качественном или количественном обследовании[1] выявляются соматосенсорные изменения.

Примечание:

1. Отрицательные (гипестезия и/или гипалгезия) и/или положительные (гипералгезия и/или аллодиния) сенсорные симптомы и/или признаки.

6.2.3 Возможная персистирующая идиопатическая лицевая боль

Описание:

Постоянная боль в области лица с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении менее 3 месяцев в отсутствие клинически выраженных неврологических нарушений или предшествующих причин.

Диагностические критерии:

A. Лицевая боль, отвечающая критериям *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль*, за исключением той, что длится менее 3 месяцев[1].

Примечание:

1. По прошествии 3 месяцев диагноз кодируется как *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль* (или один из ее подтипов).

Комментарий:

Подтипы формально не классифицированы, но могут быть закодированы как *6.2.3.1 Вероятная персистирующая идиопатическая лицевая боль без соматосенсорных нарушений* или *6.2.3.2 Вероятная персистирующая идиопатическая лицевая боль с соматосенсорными нарушениями*, в соответствии с критериями выше.

6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль

Ранее используемые термины: атипичная одонталгия, первичное постоянное дентоальвеолярное болевое расстройство, фантомная зубная боль.

Описание:

Постоянная односторонняя (реже двусторонняя) внутриротовая дентоальвеолярная боль с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев в отсутствие каких-либо предшествующих причин.

Диагностические критерии:

A. Внутриротовая дентоальвеолярная боль, отвечающая критериям B и C.
B. Повторяется ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев[1].
C. Боль имеет обе следующие характеристики:
   1) локализуется в дентоальвеолярной области (зуб или альвеолярная дуга)[2];
   2) глубокая, тупая, давящая по характеру[3].
D. Клиническое или лучевое обследование не выявляет патологии[4], и местные причины были исключены.
E. Не соответствует другому диагнозу[5] МКОБ или МКГБ-3.

Примечания:

1. Боль длительностью до 3 месяцев, если все остальные критерии выполнены, кодируется как *6.3.3 Возможная персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль*.
2. Боль редко имеет несколько локализаций. Со временем она может распространиться на более широкую краниоцервикальную область.
3. Характер боли может иметь широкий спектр описания. Она может описываться как глубокая или поверхностная, а для объяснения сложных ощущений могут быть использованы дополнительные симптомы. Кроме того, боль может обостряться и усугубляться стрессом.
4. Клиническая соматосенсорная оценка с помощью укола иглой или легкого прикосновения очень редко может выявить слабые соматосенсорные изменения. Может присутствовать ноципластическая боль, отражающая нарушение обработки в соматосенсорной системе и связанная с изменением в модулирующей системе подавления боли.
5. Диагноз *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль* подразумевает, что количественное сенсорное тестирование не проводилось. В случае его проведения должен быть определен один из двух подтипов: *6.3.1 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль без соматосенсорных нарушений* или *6.3.2 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль с соматосенсорными нарушениями*.

Комментарии:

Критерии МКОБ определяют два типа: *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль* и *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль*. В обоих случаях боль носит постоянный характер, но с возможными периодическими обострениями. В МКГБ-3 эти виды рассматриваются как одно целое: *13.12 Персистирующая идиопатическая лицевая боль с атипичной одонталгией* в качестве возможного подтипа.

6.3.1 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль без соматосенсорных нарушений

Описание:

Постоянная односторонняя (реже двусторонняя) внутриротовая дентоальвеолярная боль с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев в отсутствие каких-либо предшествующих причин и не сопровождаемая соматосенсорными нарушениями.

Диагностические критерии:

A. Боль в полости рта, отвечающая критериям *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль*.
B. При качественном или количественном обследовании не выявляются соматосенсорные изменения.

© International Headache Society 2020

6.3.2 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль с соматосенсорными нарушениями

Описание:

Постоянная односторонняя (реже двусторонняя) внутриротовая дентоальвеолярная боль с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно в течение более 2 часов в день на протяжении более 3 месяцев в отсутствие каких-либо предшествующих причин и сопровождаемая отрицательными и/или положительными соматосенсорными нарушениями.

Диагностические критерии:

A. Боль в полости рта, отвечающая критериям *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль*.
B. При качественном или количественном обследовании[1] выявляются соматосенсорные изменения.

Примечание:

1. Отрицательные (гипестезия и/или гипалгезия) и/или положительные (гипералгезия и/или аллодиния) сенсорные симптомы и/или признаки присутствуют, но не соответствуют определенной зоне иннервации, в отличие от *4.1.2.3 Посттравматическая тригеминальная нейропатическая боль*.

6.3.3 Возможная персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль

Описание:

Односторонняя (реже двусторонняя) внутриротовая дентоальвеолярная боль с различной клинической картиной, повторяющаяся ежедневно более 2 часов в день на протяжении менее 3 месяцев в отсутствие каких-либо предшествующих причин.

Диагностический критерий:

A. Боль в полости рта, отвечающая критериям *6.3 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль*, но длительностью менее 3 месяцев[1].

Примечание:

1. По прошествии 3 месяцев диагноз кодируется как *6.2 Персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль* (или один из ее подтипов).

Комментарий:

Подтипы формально не классифицированы, но могут быть закодированы как *6.3.3.1 Вероятная персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль без соматосенсорных нарушений* или *6.2.3.2 Вероятная персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль с соматосенсорными нарушениями*, в соответствии с критериями выше.

6.4 Постоянная односторонняя лицевая боль с дополнительными приступами

Описание:

Постоянная (перманентная) тупая односторонняя лицевая боль от легкой до умеренной интенсивности, сопровождающаяся отчетливыми приступами умеренной или сильной боли в том же месте продолжительностью 10–30 минут без каких-либо вегетативных и/или мигренозных признаков.

Диагностические критерии:

A. Постоянная строго односторонняя лицевая боль, отвечающая критерию B, с обострениями, отвечающими критерию C.
B. Фоновая боль, имеющая обе характеристики:
   1) интенсивность от легкой до умеренной;
   2) присутствует постоянно в течение более 3 месяцев.
C. Обострения, возникающие в виде отдельных приступов до 6 раз в день со всеми тремя характеристиками:
   1) в том же месте, что и фоновая боль;
   2) интенсивность от умеренной до тяжелой;
   3) продолжительность 10–30 минут.
D. Клиническое или лучевое обследование не выявляет патологии, и местные причины были исключены.
E. Не соответствует другому диагнозу[1] МКОБ или МКГБ-3.

Примечание:

1. Обострения должны возникать как приступы, четко отличающиеся от фоновой боли, в ином случае следует рассмотреть диагнозы *5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль* или *6.2 Персистирующая идиопатическая лицевая боль*. При хорошем ответе на индометацин диагноз кодируется как *5.3.2 Пароксизмальная гемифациальная боль*.

Комментарии:

Вегетативные симптомы должны отсутствовать, но не исключать диагноз *6.4 Постоянная односторонняя лицевая боль с дополнительными приступами*.

В настоящее время недостаточно данных, чтобы выделить эпизодические и хронические формы *6.4 Постоянная односторонняя лицевая боль с дополнительными приступами*.

Литература

Baad-Hansen L. Atypical odontalgia – pathophysiology and clinical management. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 1–11.

Baad-Hansen L, Leijon G, Svensson P, et al. Comparison of clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia and temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2008; 22: 7–14.

Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, et al. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia – a controlled multicenter quantitative sensory testing study. *Pain* 2013; 154: 1287–1294.

Benoliel R and Gaul C. Persistent idiopathic facial pain. *Cephalalgia* 2017; 37: 680–691.

Durham J, Exley C, John MT, et al. Persistent dentoalveolar pain: the patient's experience. *J Orofac Pain* 2013; 27: 6–13.

Forssell H, Jaaskelainen S, List T, et al. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic orofacial pain conditions with implications for management. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 300–322.

Forssell H, Tenovuo O, Silvoniemi P, et al. Differences and similarities between atypical facial pain and trigeminal neuropathic pain. *Neurology* 2007; 69: 1451–1459.

© International Headache Society 2020

Grémeau-Richard C, Dubray C, Aublet-Cuvelier B, et al. Effect of lingual nerve block on burning mouth syndrome (stomatodynia): a randomized crossover trial. *Pain* 2010; 149: 27–32.

Hagelberg N, Jaaskelainen SK, Martikainen IK, et al. Striatal dopamine D2 receptors in modulation of pain in humans: a review. *Eur J Pharmacol* 2004; 500: 187–192.

Haggman-Henrikson B, Alstergren P, Davidson T, et al. Pharmacological treatment of oro-facial pain – health technology assessment including a systematic review with network meta-analysis. *J Oral Rehabil* 2017; 44: 800–826.

Jaaskelainen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clin Neurophysiol* 2012; 123: 71–77.

Jaaskelainen SK and Woda A. Burning mouth syndrome. *Cephalalgia* 2017; 37: 627–647.

Kolkka-Palomaa M, Jaaskelainen SK, Laine MA, et al. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome with special focus on taste dysfunction: a review. *Oral Dis* 2015; 21: 937–948.

Lang E, Kaltenhäuser M, Seidler S, et al. Persistent idiopathic facial pain exists independent of somatosensory input from the painful region: findings from quantitative sensory functions and somatotopy of the primary somatosensory cortex. *Pain* 2005; 118: 80–91.

List T, Leijon G and Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia: A case-control study. *Pain* 2008; 139: 333–341.

McMillan R, Forssell H, Buchanan JA, et al. Interventions for treating burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD002779.

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.

Puhakka A, Forssell H, Soinila S, et al. Peripheral nervous system involvement in primary burning mouth syndrome – results of a pilot study. *Oral Dis* 2016; 22: 338–344.

Scala A, Checchi L, Montevecchi M, et al. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 275–291.

Ziegeler C and May A. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. *Neurology* 2019; 93: e1138–e1147.

© International Headache Society 2020

7. Оценка психосоциальных факторов при орофациальной боли

Введение

Для всестороннего понимания заболевания применяется биопсихосоциальная модель, которая включает психологические и социальные факторы. Главные психологические факторы, ассоциированные с болью, включают тревогу, катастрофизацию, депрессию, функциональные соматические симптомы, ограничительное поведение. Основные социальные факторы – доступность медицинской помощи, стигматизирование, поддержка семьи и друзей. Все эти факторы тесно связаны с болевыми расстройствами, и биопсихосоциальная модель доказала свою ключевую роль как в понимании боли в целом, так и орофациальной боли в частности. Биопсихосоциальная модель в настоящий момент в исследовательских и клинических целях применяется нерегулярно, но актуальная таксономия хронических болевых расстройств акцентирует необходимость оценки влияния психологических и социальных факторов в исследованиях.

Для нынешних целей широко представлены рекомендации в области орофациальных болей, основанные на методиках оценки Исследовательских диагностических критериев височно-нижнечелюстных расстройств (ИДК/ВНЧР) и диагностических критериях (ДК/ВНЧР), с целью улучшить исследовательскую практику поддержки таксономии МКОБ. Они происходят из исследований височно-нижнечелюстной патологии, но в настоящий момент нет данных, подтверждающих, что другие орофациальные боли могут отличаться от них в контексте модели развития боли. Соответственно, на этой стадии развития МКОБ исследователям стоит применять биопсихосоциальную модель для исследования любых орофациальных болей и использовать предложенные методы психологической оценки. Новые данные могут помочь разработать адаптированную модель для орофациальных болей, не связанных с височно-нижнечелюстной патологией, и пересмотреть эти рекомендации.

Уровни психосоциальной оценки

ДК/ВНЧР предусматривают два уровня психосоциальной оценки, еще один был разработан с учетом клинической необходимости (таблица). Короткая скрининговая версия подходит для тех исследований, где уместна краткая биопсихосоциальная оценка с использованием небольшого количества вопросов. Примечательно, что те же самые инструменты короткого скрининга были неофициально описаны другими авторами, что предполагает конвергенцию в основной минимальный набор областей психосоциальной оценки. Стандартная скрининговая версия включает еще два метода. Возможности обоих скринингов весьма ограничены.

Обширная оценка предназначена для клинических исследований, для которых важно объективно учесть все психосоциальные показатели. Все эти инструменты и пояснения к ним имеются в свободном доступе по адресу: www.rdc-tmdinternational.org. Ниже пойдет речь о других дополнительных методах, доступных к использованию.

Различные уровни психосоциальной оценки

Инструмент	Количество пунктов	Обширная оценкаа	Стандартный скрининг	Короткий скрининг
Рисунок	1	v	v	v
GCPS V2.0	8	v	v	v
JFLS (L)	20	v		
JFLS (S)	8		v	
PHQ-4	5		v	v
PHQ-9	10	v		
GAD-7	8	v		
PHQ-15	15	v		
OBC	20	v	v	

GCPS – Шкала оценки хронической боли

JFLS – Шкала функциональных ограничений челюсти

PHQ – Шкала оценки здоровья пациента

OBC – Опросник орочелюстных привычек

Инструменты и методы оценки функционирования и боли при орофациальных болях

Объем боли

Рисование на макете тела позволяет выявить всю локализацию боли и оценить риск ее хронизации. Похоже, что все болевые расстройства, независимо от механизма боли, схожим образом влияют на этот процесс.

Интенсивность боли и связанная с болью нетрудоспособность

Шкала оценки хронической боли (The Graded Chronic Pain Scale, GCPS, версия 2) – широко используемый и подтвержденный инструмент, позволяющий оценить персистирование, интенсивность боли и связанную с ней нетрудоспособность. Ее также называют статусом хронической боли. Она позволяет распределять пациентов по потребности в помощи, а также оценивать прогноз.

Функциональные ограничения

Функциональные ограничения – опыт пациента, связанный со снижением функциональных возможностей. Шкала функциональных ограничений челюсти (JFLS) доступна в двух версиях. Короткая версия содержит 8 показателей и дает общую оценку. Расширенная версия включает

© International Headache Society 2020

20 показателей и позволяет отдельно оценивать три параметра: ограничения жевания, открывания рта, а также вербальные и эмоциональные реакции. Обе версии одинаково достоверны, подтверждены и восприимчивы к изменениям. Несмотря на то что функциональные ограничения в большей мере связаны с мышечно-скелетной болью (актуально для дисфункции ВНЧС), функциональные последствия возможны и для орофациальной боли, не связанной с височно-нижнечелюстными патологиями. Для более полного понимания природы орофациальных болей необходимо дальнейшее изучение вопроса.

Вредные привычки

Опросник орочелюстных привычек (The Oral Behavior Checklist – OBC) включает 21 пункт, касающийся функции рта, например, стискивание зубов, напряжение нижней челюсти или разговор. Психометрические свойства имеют силу, опросник применим к дисфункции ВНЧС, в то время как в отношении другой орофациальной боли его актуальность не изучена. Защитное поведение характерно, например, для немышечно-скелетной боли в спине, поэтому можно предположить таковое и для орофациальной боли, не связанной с височно-нижнечелюстной патологией.

Психосоциальные инструменты и методы оценки орофациальной боли

Депрессия и тревога

Проект PRIME-MD (Оценка первичной помощи при психических расстройствах) изначально занимался разработкой психосоциальных инструментов для оценки пяти наиболее распространенных психических проблем, встречающихся в амбулаторной практике: тревога, депрессия, соматоформные расстройства, алкоголизм и расстройства пищевого поведения Особенно актуальны для определения болевых расстройств Анкета здоровья пациента из 9 пунктов (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), оценивающих депрессию, и Шкала генерализованного тревожного расстройства из 7 пунктов (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7), оценивающих тревожность. Оба инструмента позволяют получить достоверные и надежные данные по оценке основных механизмов, оба включают по два вопроса, которые составляют краткую Анкету здоровья пациента (PHQ-4) для диагностики тревоги и депрессии, которая часто используется для оценки «дистресса» в Европе и Северной Америке. Депрессия (оцениваемая PHQ-4 и PHQ-9) представляет собой расстройство настроения, которое ассоциировано с хронической болью и влияет на ее течение, что также актуально для орофациальной боли. Тревога (оцениваемая GAD-7 и PHQ-4) – состояние, которое часто манифестирует как беспокойство и общая активация симпатической нервной системы, она связана с восприятием боли и сверхбдительностью. Тревога сопровождает многие заболевания и так же актуальна для орофациальной боли.

Соматоформные расстройства

Проектом PRIME-MD также была разработана Анкета здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-15 – PHQ-15) для оценки тяжести соматических симптомов. Физические симптомы, не укладывающиеся в диагноз конкретного соматического расстройства, служат проблемой многих областей медицины, обычно для них используют термины «расстройство с соматическими симптомами», «функциональные расстройства», «медицински необъяснимые симптомы», «симптомы без медицинского значения», однако ни один из этих терминов полноценно не описывает данное явление. Предполагается несколько возможных механизмов развития функциональных соматических симптомов, и все они актуальны и для персистирующих орофациальных болей. В расширенном варианте это явление включает в себя окклюзионную дизестезию, которая имеет потенциальное отношение по крайней мере к нескольким орофациальным болям в рамках МКОБ.

Катастрофизация

Катастрофизация боли – склонность преувеличивать значимость боли, ощущение беспомощности и навязчивые мысли о боли в ожидании, во время или после болезненного проявления. Высокий уровень катастрофизации связан с большей потребностью в медицинской помощи, большей значимостью боли и худшим прогнозом лечения. Оценка катастрофизации не включена в стандарты ДК/ВНЧР, поскольку ее значимость в отношении височно-нижнечелюстной патологии не имела достаточной доказательной базы на момент выхода ДК/ВНЧР Axis II. В настоящий момент ситуация изменилась достаточно, чтобы включить оценку катастрофизации в рекомендации МКОБ. Подходящие подтвержденные шкалы – Шкала катастрофизации боли (Pain Catastrophizing Scale) и Опросник копинговых стратегий (Coping Strategies Questionnaire).

Ограничительное поведение

Модель ограничительного поведения появилась из существующих моделей в отношении боли внизу спины, в особенности из наблюдений за пациентами, которые предъявляли болевые симптомы, неадекватные физическому состоянию. С тех пор модель ограничительного поведения приобрела значительную научную базу. Согласно этой модели, отсутствие страха перед новой возникшей болью, связанной с травмой, приводит к формированию поведенческих моделей, приводящих, в свою очередь, к восстановлению от этого повреждения. Напротив, наличие этого страха приводит к катастрофизации, избеганию обстоятельств, которые могут вызывать боль с последующей депрессией и нетрудоспособностью. Нетрудоспособность, в свою очередь, усугубляет боль, влечет избегающее поведение, а также ухудшает прогноз к выздоровлению. Эта модель очевидно актуальна для моторных функций, и научная база, позволяющая применять ее к височно-нижнечелюстной патологии, постепенно

© International Headache Society 2020

растет. Однако модель все еще представляет собой индивидуальный вариант влияния поведения и убеждений на центральную нервную систему, и ее связь с болью в настоящий момент только предполагается. Следовательно, гипотеза о связи страха движения и прогноза к восстановлению среди пациентов с повреждением жевательной системы, а также вероятности развития хронической боли у некоторых из этих пациентов требует дальнейших исследований, а актуальные данные позволяют предположить, что это будет применимо и к орофациальной боли в целом.

Существует несколько инструментов для оценки страха боли. Шкала кинезиофобии Тампа (Tampa Scale for Kinesiophobia, TSK) –самая известная среди них, она максимально полезна при боли внизу спины. Кроме того, шкала адаптирована для жевательной системы (TSK-TMD) и учитывает также соматические ощущения и избегающее поведение, которые могут возникать вследствие орофациальной боли.

Выводы и дальнейшие направления

Очевидно, что биопсихосоциальная модель и ее клиническая значимость и актуальность для орофациальной боли требуют дальнейших исследований. Мы уточнили и улучшили критерии расстройств в МКОБ, а понимание особенностей личности пациента с болью позволит в дальнейшем более эффективно продолжить эту работу: развивать таксономию диагноза, лучше понимать механизмы боли и разрабатывать наиболее подходящие рекомендации по лечению. Мультимодальный подход необходим для расширения терапевтического потенциала стандартных лечебных мероприятий, таких как лекарственное и хирургическое лечение. В настоящий момент мы рекомендуем использовать стандартизированные методы психологической оценки у пациентов с орофациальной болью одновременно с оценкой по критериям МКОБ.

Благодарности

Эта глава является адаптацией Biopsychosocial aspects of orofacial pain (R. Ohrbach и J. Durham).

Определение терминов в МКОБ

Аллодиния: боль (см.) из-за раздражителя, который обычно не вызывает боль. Этот клинический термин не подразумевает механизма.

Этот термин в МКОБ соответствует МКГБ-3 (2) и описывает взаимосвязь между вторичной болью (см.) и расстройством, которое, как считается, ее вызывает. Для применения этого термина необходимо выполнение критериев, устанавливающих приемлемый уровень доказательности причинно-следственной связи.

Центральная невропатическая боль: нейропатическая боль (см.), вызванная поражением или заболеванием центральной соматосенсорной нервной системы.

Хроническая: в терминологии болей понятие «хроническая» означает длительную боль, особенно длящуюся более 3 месяцев. В терминологии головной боли первичные головные боли носят эпизодический характер (см.), тогда как термин «хроническая головная боль» используется для описания головной боли, длящейся больше 3 месяцев. Исключением служат вегетативные тригеминальные цефалгии, при описании которых определение «хронические» не используется до тех пор, пока расстройство не начинает длиться более года с периодом без боли длительностью менее 3 месяцев.

Продолжительность приступа: время от начала до прекращения приступа боли (см.), отвечающее критериям для определенного типа или подтипа боли. Если во время приступа пациент засыпает и просыпается с облегчением, продолжительность отсчитывается до времени пробуждения.

Дизестезия: неприятное, ненормальное ощущение, спонтанное или вызванное. Особые случаи дизестезии включают гипералгезию (см.) и аллодинию (см.). Дизестезия всегда болезненна, в отличие от парестезии (см.). Однако известно, что определение границы между ними может представлять сложности.

Эпизодический: понятие, описывающее повторяющиеся и стихающие регулярные или нерегулярные приступы боли (см.) постоянной или переменной продолжительности. Благодаря длительному использованию этот термин приобрел особое значение в контексте эпизодической кластерной головной боли, относящейся к возникновению кластерных периодов, разделенных периодами кластерной ремиссии, а не приступами. Аналогичное использование было принято для подтипов *5.3 Вегетативная или лицевая боль в тройничном нерве.*

Лицевая боль: боль (см.) ниже орбитомеатальной линии, перед ушной раковиной и выше шеи.

Частота приступов: частота возникновения приступов или боли (см.) за период времени (обычно 1 месяц).

Головная боль: боль (см.), расположенная в голове, выше орбитомеатальной линии и/или затылочного гребня.

Гипестезия: снижение чувствительности к стимуляции, исключающее особые чувства. Требуется указать раздражитель и локус.

Гипалгезия: уменьшение боли (см.) от раздражителя, который обычно вызывает боль. Термин является клиническим и не подразумевает механизма.

Гиперестезия: повышенная чувствительность к стимуляции, исключающая особые чувства. Требуется указать раздражитель и локус. Гиперестезия может относиться как к боли, так и к различным видам кожной чувствительности, включая восприятие прикосновения и тепла без боли. Термин используется для обозначения как пониженного порога для любого раздражителя, так и повышенной реакции на известные раздражители.

Гипералгезия: усиление боли (см.) от раздражителя, который обычно вызывает боль. Этот термин отражает усиление боли при надпороговой стимуляции и представляет собой клинический термин, не подразумевающий механизма.

© International Headache Society 2020

Гипералгезия отличается от боли, вызванной раздражителями, обычно безболезненными, для которых предпочтительна аллодиния (см.).

Интенсивность (боли): уровень боли (см.), который можно оценивать по четырехбалльной шкале от 0 до 3, эквивалентной отсутствию боли, легкой, умеренной и сильной боли, или по визуальной аналоговой шкале (обычно в 10 см). Его также можно оценить вербальной шкалой от 0 до 10 или с точки зрения функциональных последствий: 0 – отсутствие боли; 1 – легкая боль, не мешающая обычной деятельности; 2 – умеренная боль, препятствующая, но не полностью предотвращающая обычную деятельность; 3 – сильная боль, мешающая любой деятельности.

Невралгия: боль (см.) в области нерва или нервов. Термин часто используется в Европе и, как правило, обозначает пароксизмальность, но не может использоваться для обозначения пароксизмальных болей.

Неврит: воспаление нерва или нервов.

Невропатическая боль: боль (см.), вызванная поражением или заболеванием соматосенсорной нервной системы. Этот термин клинически описывает очевидное поражение или заболевание, которое отвечает установленным неврологическим диагностическим критериям.

Невропатия: нарушение функции или патологическое изменение нерва. Неврит (см.) – термин, описывающий особый вариант невропатии, используемый для воспалительных процессов, поражающих нервы.

Ноцицепция: нейронный процесс кодирования вредных раздражителей.

Ноцицептивная боль: боль (см.), которая возникает из-за фактического или угрожающего повреждения не нервной ткани и активации ноцицепторов (см.). Этот термин используется для описания боли, возникающей при нормально функционирующей соматосенсорной нервной системе, предназначен для противопоставления аномальной функции, наблюдаемой при нейропатической боли (см.).

Ноцицептор: высокопороговый сенсорный рецептор периферической соматосенсорной нервной системы, способный передавать и кодировать вредные раздражители.

Ноцицепторная боль: боль (см.), возникающая из-за измененной ноцицепции (см.), несмотря на отсутствие явных доказательств фактического или угрожающего повреждения ткани, вызывающего активацию периферических ноцицепторов, либо доказательств болезни или поражения соматосенсорной системы, вызывающих боль.

Вредный раздражитель: раздражитель, который повреждает или угрожает повредить нормальные ткани.

Боль: неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описанное в рамках такого повреждения.

Парестезия: спонтанное или вызванное ненормальное ощущение. Ненормальное ощущение, которое не является неприятным, стоит описывать термином «парастезия», а дизестезией (см.) обозначается ненормальное ощущение, которое считается неприятным.

Периферическая невропатическая боль: нейропатическая боль (см.), вызванная поражением или заболеванием периферической соматосенсорной нервной системы.

Периферическая сенситизация: сенситизация (см.), воклекающая ноцицептивные нейроны в периферии.

Персистирующая: в МКГБ в контексте некоторых вторичных головных болей этот термин описывает головную боль, первоначально острую и вызванную другим заболеванием, которая не проходит в течение определенного времени (обычно 3 месяца) после того, как это расстройство разрешилось. Во многих случаях такая головная боль определяется как отдельный подтип или подформа, доказательство причинно-следственной связи которой зависит от определения критериев диагностики острого типа и продолжительности этой головной боли.

Фонофобия: гиперчувствительность к звуку даже обычной громкости, обычно вызывающая избегание.

Фотофобия: гиперчувствительность к свету даже обычной яркости, обычно вызывающая избегание.

Первичная боль (расстройство): боль (см.) (орофациальная или головная), не вызванная или не связанная с другим заболеванием. Такую боль отличают от вторичного болевого расстройства (см.).

Рефрактерный период: время после разрешения приступа боли (см.), в течение которого не провоцируется дальнейший приступ.

Вторичная боль (расстройство): боль (см.) (орофациальная или головная), вызванная или относящаяся к другому заболеванию. Такую боль отличают от первичного болевого расстройства (см.).

Сенситизация: повышенная чувствительность ноцицептивных нейронов к их нормальному входному сигналу и/или набор ответов по отношению к подпороговым входным сигналам.

Односторонний: находящийся с правой или левой стороны, не пересекая среднюю линию. Этот термин включает полное или частичное геморраспределение, если применяется для описания сенсорных или моторных нарушей ауры мигрени.

Литература

International Association for the Study of Pain. IASP Terminology, https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698 (2017, accessed January 2020).

Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.

Benoliel R, Eliav E and Sharav Y. Classification of chronic orofacial pain: applicability of chronic headache criteria. *Oral Surg* 2010; 110: 729–737.

© International Headache Society 2020