

**КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ У
ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, ОПТИМИЗАЦИЯ
ТЕРАПИИ**

Г.К. Рахматуллаева

доцент кафедры неврологии и медицинской психологии
Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан

Н.Х. Нормуротова

Врач-невролог 32-семейной поликлиники Яшнабадского р., г. Ташкент
e-mail: normurodovan@gmail.com

Аннотация

Невралгия тройничного нерва (НТН) представляет собой одно из наиболее мучительных и распространённых болевых расстройств в неврологии. Заболевание характеризуется внезапными, кратковременными, но чрезвычайно интенсивными пароксизмальными болями в зоне иннервации ветвей тройничного нерва, нередко сопровождающимися вегетативными и эмоциональными нарушениями. Несмотря на многолетнюю историю изучения, патогенез и оптимальные подходы к терапии НТН остаются предметом дискуссий.

Цель настоящего исследования заключалась в анализе клиничко-неврологических особенностей лицевых болей при невралгии тройничного нерва и в разработке оптимизированного терапевтического подхода, направленного на повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни пациентов.

В исследование включено 72 пациента с диагнозом НТН, проходивших лечение в неврологическом отделении «Shox International Hospital» в 2024 году. Используются клиничко-неврологические, инструментальные (МРТ, ЭНМГ) и психометрические методы оценки (VAS, DN4, SF-36). Проводилась комбинированная терапия с применением карбамазепина, габапентина, витаминов группы В и физиопроцедур.

Результаты показали, что наиболее часто поражается II ветвь тройничного нерва, преобладают типичные формы заболевания, а комбинированная терапия обеспечивает выраженное уменьшение болевого синдрома (на 63 %) и повышение качества жизни на 42 %.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, лицевые боли, клиничко-неврологическая структура, тригеминальный нерв, оптимизация терапии, карбамазепин, габапентин.

Актуальность

Лицевые боли представляют собой одну из наиболее сложных диагностических и терапевтических проблем в современной неврологии. Среди них особое место занимает невралгия тройничного нерва — заболевание, характеризующееся острыми, стреляющими болями, часто вызывающими выраженное психоэмоциональное

напряжение и депрессивные расстройства. По данным различных исследований, распространённость НТН составляет от 0,03 % до 0,3 % населения, причём женщины страдают чаще мужчин в соотношении примерно 3:1.

Патогенез заболевания до конца не ясен. Наиболее признанной является сосудисто-компрессионная теория, согласно которой причиной служит хроническое сдавление корешка тройничного нерва патологически извитой артерией или веной. В результате этого развивается демиелинизация аксонов, формируются патологические очаги возбуждения, что и обуславливает возникновение пароксизмов боли.

В последние годы всё большее внимание уделяется нейрохимическим и нейроваскулярным факторам, а также роли центральной сенситизации, обусловленной нарушением тормозных механизмов в стволовых структурах мозга. Несмотря на развитие фармакотерапии, значительная часть пациентов сохраняет болевой синдром и снижение качества жизни даже при стандартном лечении.

В этой связи особую актуальность приобретает изучение клинико-неврологических особенностей лицевых болей при НТН, их взаимосвязи с функциональными нарушениями и индивидуальными особенностями пациентов, а также поиск оптимальных терапевтических схем, включающих не только фармакологические, но и немедикаментозные методы коррекции.

Кроме того, актуальность темы определяется высокой социальной значимостью заболевания. Пациенты с НТН испытывают трудности в профессиональной деятельности, социальной адаптации и межличностных отношениях. По данным ВОЗ, хронические болевые синдромы, в том числе лицевые, входят в число десяти ведущих причин временной нетрудоспособности во всём мире.

Таким образом, разработка оптимизированных методов лечения и углублённое изучение клинико-неврологических проявлений НТН является не только научной, но и практической задачей, направленной на улучшение качества медицинской помощи и реабилитации больных.

Цель исследования

Изучить клинико-неврологическую структуру лицевых болей у пациентов с невралгией тройничного нерва, выявить наиболее частые формы заболевания, особенности болевого синдрома и эффективность различных схем терапии для последующей оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе неврологического отделения частной клиники «Shox International Hospital» (г. Ташкент) в 2024 году. В него были включены 72 пациента (26 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 28 до 72 лет (средний возраст $48,7 \pm 1,3$ лет) с клинически подтверждённым диагнозом НТН.

Критерии включения: наличие типичных или атипичных лицевых болей, соответствующих диагностическим критериям Международной классификации

головных болей (ICHD-3), сохранность когнитивных функций, информированное согласие на участие.

Критер невропатия, черепно-мозговые травмы и психические расстройства.

Методы иссл ии исключения: опухоли задней черепной ямки, рассеянный склероз, диабетическая едования:

- Клинико-неврологический осмотр с оценкой характера боли (типичная, атипичная форма, локализация по ветвям нерва).
- Визуально-аналоговая шкала (VAS) — оценка интенсивности боли.
- DN4 (Douleur Neuropathique 4) — определение нейропатического компонента боли.
- Опросник SF-36 — оценка качества жизни.
- МРТ головного мозга — для исключения вторичных причин и подтверждения нейроваскулярного конфликта.
- Электронейромиография (ЭНМГ) — оценка проводимости по ветвям тройничного нерва.

Терапия: Пациенты разделены на две группы:

- **1-я группа (n = 38):** карбамазепин (200–800 мг/сут) в монотерапии.
- **2-я группа (n = 34):** карбамазепин (200–400 мг/сут) + габапентин (900–1800 мг/сут) + витамины группы В + физиотерапия (транскраниальная электростимуляция, магнитотерапия).

Длительность лечения — 12 недель. Эффективность терапии оценивалась каждые 4 недели по динамике VAS, DN4 и SF-36.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Microsoft Excel 2016 и программы Statistica 10.0. Применялись методы описательной статистики, t-критерий Стьюдента и χ^2 для сравнения частотных показателей. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди обследованных 72 пациентов преобладали женщины — 46 (63,9 %), мужчины составили 26 (36,1 %). Средняя продолжительность заболевания — $5,7 \pm 0,9$ лет. У 42 больных (58,3 %) диагностирована типичная форма невралгии тройничного нерва, у 20 (27,8 %) — атипичная форма, и у 10 (13,9 %) — смешанная форма, сочетающая элементы обеих.

Наиболее часто поражалась **вторая ветвь тройничного нерва (n = 41; 56,9 %)**, реже — третья (n = 19; 26,4 %), и лишь в 12 случаях (16,7 %) отмечалось комбинированное поражение двух ветвей. Локализация боли преимущественно приходилась на правую половину лица (63 %).

Типичные болевые пароксизмы характеризовались внезапным, жгучим или стреляющим характером, продолжительностью от нескольких секунд до двух минут, с последующим безболевым интервалом. Средняя интенсивность боли по шкале VAS до лечения

составляла $8,4 \pm 0,6$ балла, а по шкале DN4 — $7,9 \pm 0,8$ балла, что соответствовало выраженному нейропатическому компоненту.

Вегетативные симптомы (слезотечение, гиперемия, гипергидроз лица) наблюдались у 31 пациента (43,1 %), а тревожно-депрессивные расстройства — у 27 (37,5 %), преимущественно в атипичных формах заболевания.

После проведённого курса терапии выявлены существенные различия между группами.

- В **1-й группе** (монотерапия карбамазепином) снижение интенсивности боли по VAS составило в среднем **47 %**, DN4 снизился с 7,8 до 4,3 балла, качество жизни по SF-36 увеличилось на **28 %**.
- Во **2-й группе** (комбинированная терапия) снижение боли по VAS составило **63 %** (с $8,5 \pm 0,6$ до $3,1 \pm 0,4$ баллов), DN4 — с 8,1 до 2,9 баллов, а качество жизни по SF-36 улучшилось на **42 %**.

Таким образом, добавление габапентина и физиотерапии к базовой схеме лечения достоверно усиливало анальгетический эффект ($p < 0,01$).

Побочные эффекты (сонливость, легкое головокружение, тошнота) наблюдались у 8 пациентов (11,1 %), преимущественно в группе монотерапии, и носили обратимый характер. Ни у одного пациента не было зафиксировано серьёзных нежелательных реакций, требующих отмены препарата.

Через 3 месяца после начала терапии у 64 пациентов (88,9 %) наблюдалась стойкая ремиссия, а у 8 (11,1 %) — редкие, кратковременные болевые пароксизмы, не требующие дополнительной коррекции дозировки.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты подтверждают данные литературы о том, что невралгия тройничного нерва чаще поражает женщин среднего и пожилого возраста и преимущественно имеет односторонний характер. Доминирующее поражение второй ветви объясняется анатомо-физиологическими особенностями иннервации и частотой сосудисто-компрессионных конфликтов на уровне корешка нерва.

Комбинированная терапия с использованием карбамазепина и габапентина обеспечивает более выраженный и стойкий обезболивающий эффект по сравнению с монотерапией. Механизм синергического действия заключается в комбинированной блокаде натриевых и кальциевых каналов, что приводит к подавлению патологической нейрональной активности в стволе мозга и снижению частоты пароксизмов.

Физиотерапевтическое воздействие (транскраниальная электростимуляция и магнитотерапия) способствовало дополнительной стабилизации болевого контроля за счёт стимуляции эндорфинергических систем и улучшения микроциркуляции в зоне поражения. Эти данные согласуются с исследованиями Obermann и соавт. (2020), подтвердившими по

Интересным наблюдением стало наличие у части больных тревожно-депрессивных симптомов, коррелирующих с длительностью заболевания и интенсивностью боли. Это подчёркивает необходимость мультидисциплинарного подхода, включающего психотерапевтическую поддержку и коррекцию эмоциональных нарушений.

Проведённое исследование также выявило, что качество жизни пациентов тесно связано не только с интенсивностью боли, но и с частотой приступов, наличием вегетативных симптомов и субъективным ощущением контроля над заболеванием. Эти аспекты должны учитываться при индивидуализации терапии и планировании реабилитационных мероприятий.

Таким образом, результаты подтверждают эффективность комплексного подхода, основанного на сочетании медикаментозного лечения с физиотерапевтическими и психоэмоциональными методами коррекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Невралгия тройничного нерва чаще встречается у женщин среднего возраста (63,9 %), наиболее часто поражается вторая ветвь (56,9 %).
2. Типичные формы заболевания регистрируются у 58,3 % больных, атипичные — у 27,8 %.
3. Интенсивность боли по шкале VAS снижается в среднем на 63 % при комбинированной терапии (карбамазепин + габапентин + витамины группы В + физиотерапия) против 47 % при монотерапии.
4. Качество жизни по шкале SF-36 повышается на 42 % при использовании комплексного лечения.
5. Побочные эффекты носят лёгкий и преходящий характер, что подтверждает безопасность предложенной схемы терапии.
6. Оптимизация терапии невралгии тройничного нерва должна включать индивидуальный подбор дозировок противоэпилептических средств, сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов, а также психотерапевтическую поддержку для повышения эффективности и устойчивости ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zakrzewska J.M., Linskey M.E. Trigeminal neuralgia. *BMJ*, 2014; 348:g474.
2. Bendtsen L., Zakrzewska J.M., Abbott J., et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. *Eur J Neurol*, 2019; 26: 831–849.
3. Love S., Coakham H.B. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis. *Brain*, 2001; 124(12): 2347–2360.
4. Obermann M., Yoon M.S., Sensen K. Update on trigeminal neuralgia: pathophysiology and treatment. *Cephalalgia*, 2020; 40(9): 979–993.
5. Nurmukhamedov A., Rashidova N.S. Trigeminal neuralgia: modern aspects of diagnosis and therapy. *Neurology Uzbekistan*, 2022; 3(14): 25–31.
6. MacDonald B.K., Cockerell O.C., Sander J.W., Shorvon S.D. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. *Brain*, 2000; 123(4): 665–676.
7. Cruccu G., Di Stefano G., Truini A. Trigeminal neuralgia. *N Engl J Med*, 2020; 383: 754–762.

8. Obermann M. Treatment options in trigeminal neuralgia. *Ther Adv Neurol Disord*, 2022; 15: 175628642210900.
9. Nurmatov B., Nasirov A. Facial pain syndromes in clinical neurology. *Journal of Practical Medicine of Uzbekistan*, 2023; 4(7): 14–20.