

**ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

**Г.С. Арзыкулова**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева  
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)

Кафедра оториноларингологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Насыров В.А.)  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: arzykulova555@g.mail.com*

**Резюме:** Статья посвящена вопросам диагностики и лечения невралгии тройничного нерва оториноларингологического генеза. Проведен анализ литературы, а также клинического материала - 68 больных с невралгией тройничного нерва. Данные исследования подтвердили ведущую роль хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух в этиологии невралгии тройничного нерва. Автором даны современные методы лечения невралгии тройничного нерва оториноларингологического генеза.

**Ключевые слова:** невралгия тройничного нерва, воспаления околоносовых пазух.

**КУЛАК, МУРУН, ТАМАК НЕГИЗДЕГИ ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВДИН  
НЕВРАЛГИЯСЫНЫН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛОО СУРООЛОРУ**

**Г.С. Арзыкулова**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)

Оториноларингология кафедрасы (каф. башчысы – м.и.д., проф. Насыров В.А.)  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул иште кулак, мурун, тамак негиздеги тройничный нервдин невралгиясынын диагностикалоо жана дарылоо суроолору берилген. Адабият жана клиникалык материалдын – 68 тройничный нервдин невралгиясы менен оорулунун талдоо жана текшеруудон откорулгон жыйынтыктары берилген. Бул изилдоолор онокот мурун кондойчулорунун сезгенуусу тройничный нерв невралгиясынын себебинде алдынкы ролду ойнойт.

**Негизги создор:** тройничный нервдин невралгиясы, мурун кондойчулордун сезгенуусу.

**THE QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT  
OF TRIGEMINAL NEURALGIA OF OTORHINOLARINGOLOGIC ORIGIN**

**G.S. Arzykulova**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
(rector – prof. Kudaibergenova I.O.)

Department of otorhinolaryngology (head – prof. Nasyrov V.A.)  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** The article is devoted to the diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia of otorhinolaringologic genesis. Analysis of modern literature and examining of 68 patients with trigeminal neuralgia is carried out. This studies have confirmed the leading role of chronic inflammatory diseases of paranasal sinuses in the etiology of trigeminal neuralgia. Author gives modern methods of treatment of trigeminal neuralgia of otorhinolaringologic origin.

**Key words:** trigeminal neuralgia, inflammatory diseases of paranasal sinuses.

## Введение

В оториноларингологической практике часто приходится встречаться с болевыми синдромами, когда причиной обращения к врачу является боль в области лица, которую необходимо классифицировать как невралгическую, оториноларингологическую или другую лицевою боль. К сожалению, полиморфизм клинических проявлений прозопалгий, а также недостаточное их знание часто приводят к ошибкам в постановке правильного диагноза, когда боль в области лица трактуется как невралгия тройничного нерва (НТН), с назначением нерациональной терапии. Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия) - хроническое заболевание, проявляющееся приступами интенсивной, стреляющей, жгучей боли в зонах иннервации тройничного нерва. Международной Ассоциацией по изучению боли -IASP-International Assosiation for the Study of Pain [1], невралгия тройничного нерва определяется как синдром, характеризующийся внезапными, кратковременными, интенсивными, повторяющимися болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, обычно с одной стороны лица. Среди лицевых и головных болей невралгия тройничного нерва (НТН) составляет 3-7% [2,3,4]. В клинической практике к НТН часто относят заболевания с самой разнообразной этиологией, клиникой, объединенных лишь одним симптомом – болью в области лица. На возможную взаимосвязь заболеваний ЛОР органов с лицевыми болями имеются указания как в отечественной, так и в зарубежной литературе, однако проблема прозопалгий оториноларингологического генеза до настоящего времени остается малоизученной [2,3,4,5].

Проведенный анализ отечественной и иностранной литературы показывает, что невралгия тройничного нерва обусловлена различными по характеру причинами и механизмами возникновения и поддержания

болевого синдрома. На данном этапе развития неврологии и оториноларингологии, как с научной стороны, так и в практическом плане, проблема невралгии тройничного нерва остается открытой и очень актуальной ввиду не уменьшающегося удельного веса заболевания, сложности патогенеза, малоэффективности проводимой терапии и отсутствия четких рекомендаций в тактике ведения больных с данной патологией.

**Цель исследования:** уточнить роль заболеваний ЛОР органов в этиологии невралгии тройничного нерва, а также определить современные методы лечения невралгии тройничного нерва, возникшей в связи с ЛОР патологией.

## Материалы и методы исследования

Для уточнения возможной причины возникновения лицевой боли всем больным проведено целенаправленное обследование, включающее результаты общеклинического, оториноларингологического, неврологического, рентгенологического, а также функционального методов исследований. Проводились совместные осмотры специалистов смежных областей: невропатолога, оториноларинголога, при необходимости – офтальмолога и стоматолога. Последовательно исключались патологические процессы в тканях зуба, пародонта, верхней и нижней челюсти, заболевания глаз. При анализе клинического материала учитывались следующие показатели: пол, возраст, сторона поражения, давность заболевания к моменту обращения в клинику, особенности клинического проявления заболевания, объем и результаты проведенного обследования и лечения невралгии тройничного нерва, возникшей в связи с различной патологией ЛОР органов.

## Результаты и их обсуждение

Нами проведено лечение 68 больных с невралгией тройничного нерва, в возрасте от 20 до 70 лет, из них мужчин было - 29, женщин – 39. Распределение больных по возрасту и полу указано в следующей таблице 1.

Таблица 1 - Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	20-39	39-39	40-49	50-59	60-69	70 - 79	Всего
мужчин	2	2	9	6	3	7	29
женщин	2	4	6	9	13	5	39
Всего	4	6	15	15	16	12	68

Нами отмечено преобладание НТН у женщин старше 40 лет, что совпадает с данными литературы [3,4,6].

По нашим наблюдениям длительность заболевания у большего количества больных составила от 1 года до 13 лет, что характеризует невралгию тройничного нерва как упорное и

длительное заболевание, и в свою очередь свидетельствует о малой эффективности применявшихся ранее методов лечения. Распространенность боли соответствовала иннервации соответствующих ветвей тройничного нерва (рис.)

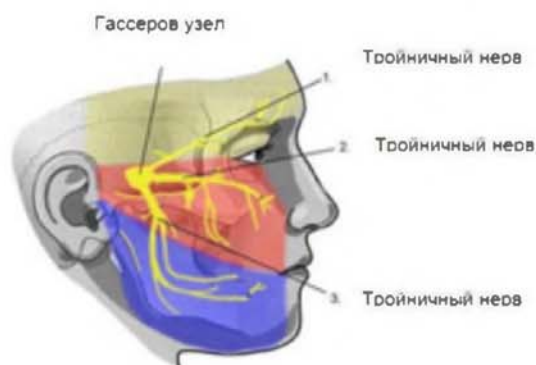


Рис. Гассеров узел, ветви тройничного нерва и зоны их иннервации.

(Источник: <http://tutbolinet.ru/golova/nevralgiya-trojnichnogo-nerva.html>)

Почти во всех наблюдениях боли возникали на одной стороне: правосторонняя - у 44 больных, левосторонняя - у 22 больных. Только в двух случаях боли были двусторонними, причем в одном из них болевые пароксизмы проецировались в зоне иннервации всех трех ветвей тройничного нерва.

Интенсивность боли у наблюдаемых нами больных была различной. У 43 больных из 68 - с невралгией тройничного нерва боли носили нестерпимый характер, а у 25 больных болевые приступы были умеренными. Отдельные ветви тройничного нерва вовлекались в патологический процесс в различных сочетаниях (табл. 2).

Таблица 2 - Вовлечение ветвей тройничного нерва в патологический процесс

Пораженные ветви тройничного нерва	Количество больных	%
I	3	7,5
II	25	36,8
III	13	19,1
I-II	7	10,2
II-III	17	25,0
I-II-III	1	1,5
Всего	68	100,0

Из данных таблицы следует, что в наших наблюдениях отмечено преимущественное поражение верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов, что также совпадает с данными литературы [2,3,5]. Боли возникали спонтанно или при раздражении триггерных зон. Невралгия у больных характеризовалась острыми, приступообразными, стреляющими болями. Боли провоцировались приемом пищи, чисткой зубов, разговором, поворотом головы, расчесыванием волос. Продромальные симптомы у больных были редки и нечетко обозначены. Неврологическое обследование

больных выявило: болезненность при надавливании в точках выхода соответствующих ветвей тройничного нерва, нарушение болевой чувствительности в виде гиперестезии у - 10 больных, гипостезии у - 39 больных в зоне иннервации пораженной ветви тройничного нерва. Курковые зоны были выражены у 40 наблюдаемых нами больных. Локализовались они у крыла носа, в углах рта, носогубной складке, в точках выхода ветвей тройничного нерва нервов, слизистой оболочке полости рта, у двух больных курковые зоны носили множественный сливной характер. Во

время приступа больные замирали, застывали в неудобной позе, опасаясь нечаянными движениями усилить и удлинить болевой приступ, другие начинали тереть больное место руками, трети - совершали жевательные и причмокивающие движения. У 32 больных болевые пароксизмы сопровождались вегетативно-сосудистыми проявлениями: заложенностью носа, ринореей, слезотечением, отеком и гиперемией лица, гиперсаливацией.

В результате проведенного исследования различная ЛОР патология выявлена у 54 больных НТН, что составило 79,4%. Преобладали хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух (63,2%). При этом у 11 (25,5%) из 43 больных с хроническими синуситами были диагностированы хронический полипозный и гнойный гайморит, у 5 (11,6%) – полипозный этмоидит, у 16 (37,2%) – хронический гиперпластический гайморит, гемисинусит - у 2 больных (4,7%), гаймо-роэтноидит - у 2 (4,7%) больных, киста верхнечелюстной пазухи - у 7 (16,3%). В период ремиссии большая часть больных с невралгией тройничного нерва отмечала отсутствие болей.

Анализ вышеизложенных данных позволил указать на ведущую роль хронических заболеваний околоносовых пазух в возникновении и развитии НТН, преимущественно верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (у 38 больных), а также их сочетания (у 19 больных). При скудной симптоматике со стороны носа и околоносовых пазух при риноскопии, решающим в диагностике оказались данные рентгенологического исследования, а при необходимости - КТ и МРТ. Следовательно, среди этиологических факторов в генезе невралгии тройничного нерва значительная роль принадлежит хроническим воспалительным заболеваниям околоносовых пазух. В свою очередь, хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух, возникшие на фоне НТН отягощают течение невралгии, а несвоевременная их диагностика и лечение приводят к развитию стойких прозопагий у больных.

Особый пароксизмальный характер болевых атак при тригеминальной невралгии диктует своеобразие тактики лечения невралгии тройничного нерва. Для облегчения болей при тригеминальной невралгии в настоящее время используют лекарства, из группы нестероидных

противовоспалительных средств (НПВС), антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин) и местные обезболивающие средства. Ранее широко использовались спиртоновокаиновые блокады, дающие облегчение до 6 месяцев, однако после них у больных формировались грубые рубцово-дегенеративные изменения в месте проведения инъекций, в связи с чем на сегодняшний день они практически не используются при купировании боли при невралгии тройничного нерва.

Основу лечения составляют противозептические препараты. Препаратом выбора является —карбамазепин (финлепсин), который высокоэффективен в лечении НТН, но может вызывать побочные эффекты: сонливость, головокружение, атаксию, диплопию, изменения со стороны крови, печени и другие. Доза подбирается индивидуально. При достижении терапевтического эффекта (прекращение болевых приступов) дозу снижают до минимальной, при которой эффект сохраняется и эту дозу применяют длительное время (поддерживающая терапия). Препаратами второй линии являются ламотриджин (400 мг/сут) и баклофен (40 - 80 мг/сут).

Часто при лечении тригеминальной невралгии используют НПВС: ксефокам (лорноксикам), оказывающий выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект. Ксефокам наиболее эффективен при НТН периферического генеза. Кроме антиконвульсантов, антидепрессантов, НПВС назначают нейрометаболические препараты, антиоксиданты, антигипоксанты (актовегин). Обязательным при лечении невралгии тройничного нерва являются витамины группы В, они обладают нейротропным действием, анальгетическим эффектом, а также способностью улучшать регенерацию нерва. При лечении НТН используют также физиотерапевтические процедуры: электрофорез, фонофорез, амплипульс на триггерные зоны, а также лазеротерапия. Основным направлением при лечении тригеминальной невралгии является устранение причины боли (больные зубы, воспалительные процессы уха, горла, носа и околоносовых пазух и др.) и проведение симптоматического лечения (купирование болевого синдрома, восстановление функции и структуры нерва).

#### **Выводы:**

1. Хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух оказывают свое действие на весь организм в целом и на

центральную нервную систему в частности. Это действие является следствием длительной патологической импульсации с патологически измененной слизистой оболочки околоносовых пазух, следствием постоянной интоксикации из воспалительного очага.

2. Положительный результат лечения, соответствие патологии околоносовых пазух со стороны поражения ветвей тройничного нерва позволяет утверждать о причинно-следственной связи между ними.

3. Обследование больных лицевыми болями может быть достаточно полным лишь при комплексном обследовании (оториноларингологическом, неврологическом, стоматологическом, офтальмологическом) с использованием современных методов диагностики, применяемых как в оториноларингологии, неврологии, стоматологии и т.д.

4. При выявлении патологии со стороны ЛОР органов проводится их санация. Показанием к хирургическому лечению невралгии тройничного нерва риногенного генеза являются: длительное течение заболевания, отсутствие эффекта от проводимого ранее консервативного лечения, наличие изменений на рентгенограмме.

Таким образом, анализ вышеизложенных данных позволяет точно указать на ведущую роль хронических заболеваний околоносовых пазух в возникновении и развитии НТН, причем преимущественно верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов.

### *Литература*

1. *Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain / Cephalalgia. – 2004. – 24 (Suppl. 1). – P. 1-160.*

2. *Ерохина, Л.Г. Лицевые боли (невралгия тройничного нерва и другие формы прозопагий) / Л.Г.Ерохина. – М.: Медицина, 1973. – 175 с.*

3. *Карлов, В.А. Невралгия тройничного нерва / В.А. Карлов, О.Н. Савицкая, М.А. Вишнякова. – М.: Медицина, 1980. – 151 с.*

4. *Манвелов, Л.С. Тригеминальная невралгия: эпидемиология, этиология, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика / Л.С. Манвелов, В.М. Тюрников, А.В. Кадыков // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, №10. – С. 542-544.*

5. *Бойко, Н.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей / Н.В.Бойко, И.В. Стагниева // Российская ринология. – 2012. – №4. – С.39-41.*

6. *Love, S. Trigeminal neuralgia: Pathology and pathogenesis / S. Love // Brain. – 2001. – Vol. 124. – P. 2347-2360.*