

УДК: 616.833.15-002:616.89-008.1]-08

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПРИ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРОПАТИИ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Муборак Беккуловна ¹, Нишонов Шохидбек

Юсуфжонович ², Хамидов Отабек Хаётбекович ³

PhD, доцент кафедры внутренних болезней Университета Альфраганус ^{1,2}

ассистент кафедры внутренних болезней Университета Альфраганус ³

Аннотация

Проведенное лечение в разрезе групп позволило нам провести сравнительный анализ его эффективности – более эффективным оказалось комплексное лечение, проведенное ОГ, которое включало в дополнение к стандартному лечению НТН на протяжении 3 месяцев витамин Д по 1000 МЕ ежедневно .и «Монопауз Эссе

Ключевая слова: невралгия, вит Д, тройничного нерв, менопауза

Abstract

The carried out treatment in the context of groups allowed us to conduct a comparative analysis of its effectiveness – more effective was the complex treatment carried out by OG, which included in addition to the standard treatment of NTH for 3 months vitamin D 1000 ED daily .and "Monopauz Essay

Key words: neuralgia, vit D, trigeminal nerve, menopause

Annotatsiya

Guruhlar orasida olib borilgan davolash bizga uning samaradorligini qiyosiy tahlil qilish imkonini berdi va bu har kuni 3 oy davomida Nerv sistemasini standart davolashdan tashqari D 1000 ED vitaminini o'z ichiga oladi .Bu esa ayollarda Monopauza vaqtida samarali natija berishini isbotladik.

Kalit so'zlar: nevrologiya, vit D, trigeminal asab, menopauzeuzbek

Невралгия тройничного нерва (НТН) или тригеминальная невралгия по праву считается одним из самых болезненных состояний и является хроническим невоспалительным заболеванием периферической нервной системы с

резкими молниеносными болями в области лица, зачастую практически не управляемыми вследствие нарушения передачи чувствительных сигналов от кожи лица и головы, слизистой оболочки рта в мозг [5].

С
А
R
J
I
S
Заболеваемость НТН в Европе составляет 10-15 человек на 100 000 населения ежегодно. В Соединенных Штатах, оценивало, что 12 из 100 000 человек заболевают НТН ежегодно. В Англии более высокая распространенность – 27 на 100 000 населения [14]. Средняя ежегодная заболеваемость НТН составляет 4-13 на 100 000 населения [8], причём более 90% – у лиц старше 40 лет и зачастую – женщин (60-70%) [4]. Однако точные показатели распространенности НТН варьируют по регионам, методологии исследований и прочих факторов.

Факторы риска развития НТН разнообразны, основными из них являются возраст старше 50 лет и женский пол [6]. Менее весомыми факторами риска могут выступать частые переохлаждения, лечение и удаление зубов, ортодонтическое лечение, регулярное жевание твердой пищи, снижение иммунитета [16].

С возрастом тройничный нерв подвергается дегенерации – демиелинизации и/или дегенерации нервных волокон, что обуславливает увеличение распространенности НТН у людей старше 50 лет вследствие возникновения компрессии, раздражения или повреждения нервных волокон с развитием болевого синдрома [2].

Немаловажную роль в этиопатогенезе НТН играет и воспаление в области лица и головы, обуславливающие воспаление нервных структур, окружающих тканей или сосудистых структур в области ТН и приводящих к раздражению, компрессии или повреждению нерва [10].

Приведенные факторы этиопатогенеза НТН могут существовать независимо друг от друга или в различных комбинациях, усиливая индивидуальную вероятность развития НТН.

Лечение НТН обычно начинается с консервативных методов, таких как фармакотерапия, включая препараты, такие как антиконвульсанты и трициклические антидепрессанты, которые направлены на облегчение болевых приступов и снижение их частоты [3]. Применяют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина (дулоксетин и венлафаксин), которые корректируют концентрации нейротрансмиттеров в ЦНС и снижают чувствительность к боли [18].

Широко применяют и различные виды физиотерапии, лазерную и радиочастотную денервации тройничного нерва при первичной НТН может оказать пользу в купировании боли и улучшении качества жизни [11].

Цель исследования: Повышение эффективности лечения НТН у женщин в постменопаузе

Материал и методы исследования: Клинические наблюдения проводились в Ташкентском государственном стоматологическом институте (ректор – д.м.н., профессор Хайдаров Н.К.) на базе многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии (главный врач – Рустамова Д.А.). Для достижения цели исследования за период 2016–2023гг. обследованы 70 женщин с НТН в возрасте 51-68 лет (средний возраст – $58,74 \pm 3,56$ лет).

Больные нами были разделены на основную группу (ОГ) и группу сравнения (ГС) путём случайной выборки (рандомное распределение) до равномерного заполнения групп по числу исследуемых.

В ОГ включены 33 женщины с НТН в возрасте 51-68 лет (средний возраст – $59,16 \pm 3,42$ лет).

В ГС вошли 37 женщин с НТН в возрасте 51-67 лет (средний возраст – $57,54 \pm 4,62$ лет).

Социально-бытовые условия у всех исследуемых были удовлетворительными.

Диагнозы верифицировали по стандартным критериям на основании жалоб, тщательно собранного анамнеза, давности процесса, объективного неврологического обследования.

В нашем исследовании применялись анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Анамнестический метод обследования подразумевал активный сбор анамнеза с акцентом на длительность НТН, частоту приступов и их силу, получаемое лечение и его эффективность.

Всем пациенткам было проведено стандартное клиничко-неврологическое обследование и соматическое обследование, с акцентом внимание на синдромы и симптомы, свойственные НТН, состояние кожи, видимых слизистых оболочек и артериального давления (АД).

По визуально аналоговой шкале (ВАШ) в интерпретации цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ) исследуемые пациенты субъективно определяли степень тяжести НТН и силу болевого синдрома [13]. Нами также применена госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [1]. Наши исследуемые проходили тест Спилбергера-Ханина («Тест Спилбергера STAI») [12]. Также нами у всех пациентов в динамике применена Шкала тревоги Бека [7].

Методом цветного дуплексного сканирования (ЦДС) изучали кровотоки в общих и внутренних сонных артериях (ОСА и ВСА), позвоночных артериях (ПА) (в V2-сегментах), средних мозговых артериях

(СМА) на аппарате «Сономед-325» фирмы «Спектромед» с применением датчиков, генерирующих ультразвуковые волны частотой 4 МГц и 8 МГц.

МРТ проводили на аппарате «GE SIGNA Creator» (США) с силой магнитного поля 1,5 тесла. Томограммы проводили по стандартной методике в аксиальной, сагитальной и коронарной проекциях импульсными последовательностями T1 и T2, программ FLAIR и DWI с последующей постобработкой в режиме МР-навигации в программе FIESTA-C.

Всем исследуемым проводили стимуляционную электронейромиографию (ЭНМГ) ТН.

Лабораторное обследование состояло из стандартных и специфических анализов (ФНО- α , IL-1 β , IL-8, субстанция Р, витамин Д, эстрадиол, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)) на аппарате «Microplate Reader RT 2100 C» и с реагентами «Вектор-Бест Балктика».

В исследуемую группу включены 60 пациенток в климактерическом периоде с НТН, которую разделили на две подгруппы. В ГС – 37 пациенток в климактерическом периоде, которые получали стандартное лечение:

- для купирования болевого пароксизма назначали Карбамазепин 200-600 мг в сутки;
- для улучшения трофики периферического нерва – комплекс витамина В (Зифорт 3.0 в/м 10 дней с последующим переходом на НатВ по 1 кап 3 раза в день 1-3 месяца);
- с дегидратационной целью: Л-Лизин-Эсцинат 10.0+ NaCl 0.9% 100.0 в/в кап 5 дней с последующим переходом на Верошпирон 50мг по 1 кап утром натощак через день 20 дней;

- с противовоспалительной целью: Диоксифлекс В12 3.0 в/м 6 дней, далее Гоофен 400мг по 1 кап 2 раза в день 20 дней;

- для улучшения миелинизации нерва- Нуклео-СМФ по 2.0 в/м 6 дней, далее Нуклео-СМФ форте по 1 кап два раза в день 1 месяц;

В ОГ вошли 33 пациенток в климактерическом периоде с НТН, которые получили в дополнение к стандартному лечению на протяжении 3 месяцев витамин Д по 1000 МЕ ежедневно и «Монопауз Эссел» по 1 капле 2 раза в день 3 месяца.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной статистики с помощью программ Microsoft Office Excel-2019 с вычислением среднего квадратического отклонения и средней арифметической ошибки по способу моментов ($M \pm m$), среднего квадратического отклонения (σ). Статистическая достоверность сравнения результатов исследования значимости (P) при 95% доверительном интервале в нашей работе имела 4 уровня: высокий – $P < 0,001$, средний – $P < 0,01$, низкий (предельный) – $P < 0,05$, незначимый (недостоверный) – $P > 0,05$.

Результаты исследования.

Длительность курса основного консервативного лечения НТН в обеих группах составляла 12-14 дней, после чего мы сравнивали их непосредственную эффективность по всем изучаемым параметрам, отдаленная эффективность курса в сравнительном аспекте оценивалась нами через 6 месяцев ка-тамнестического наблюдения.

Так анализ динамики острой режущей боли в приступе НТН продемонстрировал в ГС подгруппе семикратное снижение частоты данного симптома с 28 (75,68%) до 4 (10,81%) на момент окончания лечения, через полгода – у 1 (2,7%) в ОГ подгруппе –

снижение в 6,33 раз с 19 (57,58%) до 3 (9,09%) пациенток на момент окончания лечения и полностью отсутствовала через полгода (рис. 1).

Жгучая боль в приступе до лечения в ГС подгруппе констатировали 9 (24,32%) больных, после лечения – полностью купирована, идентичная тенденция характеризует и ОГ подгруппу – 14 (42,42%) до лечения и отсутствие после. Через 6 месяцев этот вид боли не отмечал ни одна исследуемая пациентка (рис. 1).

В ОГ до лечения нами констатирована продолжительность приступов до 30 с. у 4 (12,12%) пациенток, в ГС такая длительность приступов не наблюдалась. К моменту окончания лечения такой продолжительности не отмечено ни у одной исследуемой – сокращение в 14 раз. Также в ОГ нами выделены 10 (30,30%) пациенток с длительностью приступа НТН 31-60с., после лечения таких пациенток в ОГ было 6 (18,18%), т.е. число сократилось в 1,67 раз. В ГС такая длительность приступов не наблюдалась

В ГС длительность приступов 1-2 мин. до лечения констатировали 17 (45,95%) больных и 10 (27,03%) больных после лечения со снижением в 1,7 раза, через 6 месяцев – снизилась в 2,5 раза до 4 (10,81%) больных (рис. 1).

В ОГ до лечения длительность приступов 1-2 мин. зафиксирована у 6 (18,18%) пациентов, а после лечения – у 2 (6,06%) больных, т.е. частота уменьшилась в 3 раза, через 6 месяцев – снизилась двукратно до 1 (3,03%) больных (рис. 1).

Длительность приступов свыше 2 мин. до лечения констатировали у 20 (54,05%) больных в ГС, у 11 (29,73%) больных после лечения со снижением в 1,82 раза, через 6 месяцев – снизилась в 3,67 раза до 3 (8,11%) больных (рис. 1).

Такой симптом приступа НТН как гиперемия лица беспокоил до лечения всех 37 (100%) больных в ГС и 14 (37,84%) больных

после лечения со снижением в 2,64 раза, через 6 месяцев его частота снизилась в 2,33 раза до 6 (16,22%) пациентов (рис. 1).

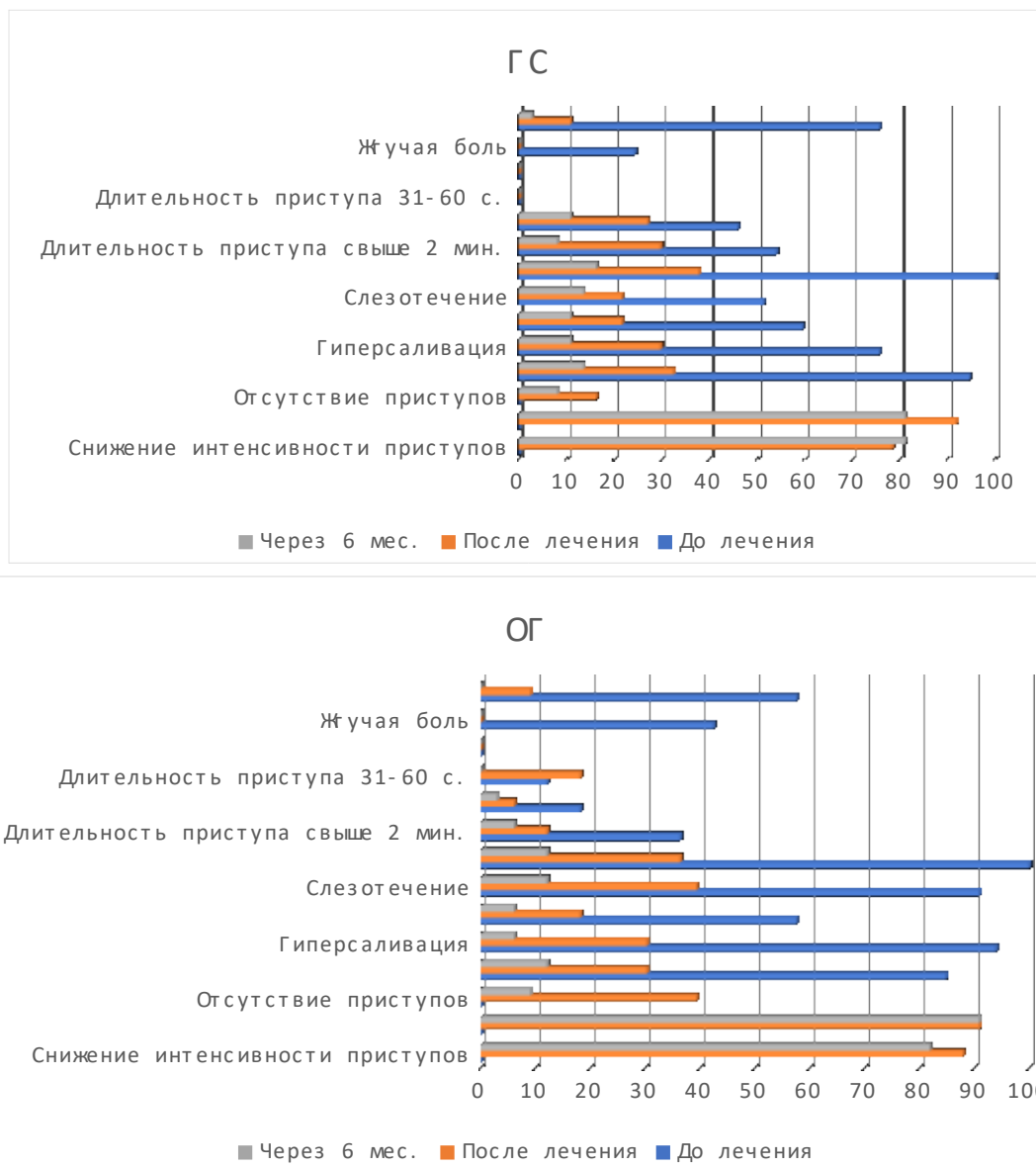


Рис. 1 Динамика показателей приступов НТН в разрезе групп лечения

В ОГ до лечения этот симптом беспокоил 28 (84,85%) пациентов, а после лечения – 10 (30,3%) больных, т.е. уменьшился в 2,8 раза, через 6 месяцев его частота снизилась в 2,5 раза до 4 (12,12%) пациенток (рис. 1).

Такой прогрессивный симптом, отражающий эффективность проведенного лечения как полное исчезновение приступов НТН в ГС констатирован у 6 (16,22%) больных после лечения, через 6 месяцев – у 3 (8,11%), в ОГ – у 13 (39,39%) пациенток

сразу после лечения, через 6 месяцев – у 3 (9,09%) (рис. 1).

Снижение частоты приступов НТН в ОГ и ГС характеризовало на момент окончания лечения 34 (91,89%) и 30 (90,91%) больных соответственно, через 6 месяцев по – 30 (81,08%) и 30 (90,91%) больных соответственно, что говорит о большей сохранности эффекта лечения в ОГ (рис. 1).

Снижение интенсивности приступов НТН нами выявлено в ГС у 33 (89,19%) больных, в ОГ – у 29 (87,88%) пациентов на момент окончания лечения, через полгода эти цифры составляли 32 (86,49%) и 27 (81,82%) пациентов соответственно (рис. 1).

Таким образом симптомы в приступе НТН в нашем исследовании после лечения снизились относительно начального уровня в ГС в 2,87 раз, в ОГ – в 3,13 раза.

При проведении сравнительного анализа эффективности различных методов лечения НТН по группам в аспекте наличия боли в субъективном восприятии в ГС до лечения средней силы боль отмечали 8

(21,62%) пациентов, сильную боль – 15 (40,54%) и чрезвычайно сильную – 14 (37,84%) больных, т.е. 78,38% мучались от боли НТН, средний балл по ЦРШ – $8,19 \pm 0,78$. После проведенного лечения сильную и чрезвычайно сильную боль не отмечали ни один пациент – все 78,38% больных данной подгруппы отмечают отсутствие мучительных болей, при этом боль средней силы отмечают 11 (29,73%) больных, а слабую боль отметили 15 (40,54%) больных и ее отсутствие – 11 (29,73%) пациентов, а средний балл составил $5,54 \pm 0,99$. Таким образом в ГС до лечения 78,38% больных имели мучительные боли, а после лечения – 26 (70,27%) пациентов имеют слабую боль или вообще не имеют боли (табл. 3).

В ГС через 6 месяцев после лечения боль средней интенсивности отмечали 6 (16,22%) исследуемых, слабую боль – 14 (37,84%), отсутствие боли констатировали 17 (45,95%) пациентов с НТН, средний балл ЦРШ составил $5,42 \pm 0,87$ баллов (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика боли в приступах НТН по ЦРШ в разрезе групп лечения

Симптом	Лечение	ГС (n=37)		ОГ (n=37)	
		Абс	%	Абс.	%
Чрезвычайно сильная боль	До	14	37,84	15	45,45
	После	—	—		
	Через 6 мес.	—	—		
Сильная боль	До	15	40,54	10	30,3
	После	—	—	1	3,03
	Через 6 мес.	—	—		

Боль средней силы	До	8	21,62	8	24,24
	После	11	29,73	11	33,33
	Через 6 мес.	6	16,22	6	18,18
Слабая боль	До	—	—	—	—
	После	15	40,54	12	33,36
	Через 6 мес.	14	37,84	9	27,27
Отсутствие боли	До	—	—	—	—
	После	11	29,73	11	33,33
	Через 6 мес.	17	45,95	18	54,55
Баллы по ЦРШ	До	8,19±0,78		8,55±0,83	
	После	5,54±0,99		5,52±1,06	
	Через 6 мес.	5,42±0,87		5,03±0,80	

При сравнительном анализе динамики субъективной оценки тревоги / депрессии по шкале HADS у исследуемых больных НТН из ГС нами констатировано, что до лечения у 30 (81,08%) больных имел место клинический уровень тревоги / депрессии и у 7

На момент окончания лечения в ГС ни у одного больного не констатировали клинический уровень тревоги / депрессии, субклиническая тревога / депрессия – у 15 (40,54%) больных, отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии – у 22 (59,46%) больных, средняя сумма баллов по шкале тревоги составляла $6,57 \pm 1,24$ баллов, по шкале депрессии – $7,97 \pm 1,38$ баллов, а об-

(18,92%) – субклинический, средняя сумма баллов по шкале тревоги составляла $12,46 \pm 2,73$ баллов, по шкале депрессии – $13,3 \pm 2,33$ баллов, а общая сумма – $25,76 \pm 4,11$ баллов, т.е. ярко выраженная тревога / депрессия.

щая сумма – $14,32 \pm 2,50$ баллов, т.е. отсутствие значимых симптомов тревоги на фоне субклинической депрессии.

Таким образом в процессе лечения купированы признаки клинической тревоги и депрессии у 30 (81,08%) больных, полностью нивелирована тревога при остаточных субклинических признаках депрессии у 15 (40,54%) больных.

Через 6 месяцев субклиническая тревога / депрессия в ГС сохранялась у 9

(24,32%) больных, отсутствие симптомов тревоги и депрессии – у 28 (75,68%) больных, средняя сумма баллов по шкале тревоги составляла $5,63 \pm 1,03$ баллов, по шкале

депрессии – $6,56 \pm 1,12$ баллов, а общая сумма – $12,15 \pm 2,17$ баллов.

Таблица 2.

Динамика концентраций иммунологических биохимических показателей в разрезе групп лечения

Симптом	Этапы лечения	ГС (n=37)	ОГ (n=33)
IL-1 (пг/мл)	До	10,12±0,7 3	10,02±0, 54
	После	8,16±0,86	8,25±0,9 1
	Через 6 мес.	6,82±0,73	6,98±0,8 1
ФНО-α (пг/мл)	До	6,24±0,67	6,10±0,7 2
	После	5,05±0,44	5,09±0,7 4
	Через 6 мес.	4,06±0,68	4,09±0,6 1
ФНО-β (пг/мл)	До	5,69±0,78	5,68±0,7 5
	После	4,68±0,63	4,27±0,6 1
	Через 6 мес.	3,44±0,49	3,19±0,7 1
SP (пг/мл)	До	2643,3±53 5,8	2609,6±4 33,8
	После	2018,0±48 9,4	2071,1±4 73,9
	Через 6 мес.	1654,3±46 3,6	1393,6±3 64,5
IF-γ (пг/мл)	До	15,96±0,9 7	16,29±0, 96
	После	12,24±,77	12,19±0, 86
	Через 6 мес.	5,93±1,06	5,98±1,1 7

Динамика показателей иммунологического биохимического анализа до лечения IL-1 и ФНО- β констатировала в пределах нормы уровни ФНО- α , IF- γ и SP – превышали норму без статистической значимости, после лечения изучаемые иммунологиче-

ские биохимические показатели также оставались в пределах референтных значений. В разрезе групп нами также не выявлено статистически значимых отличий от уровней до лечения, хотя все показатели оставались в пределах норм.

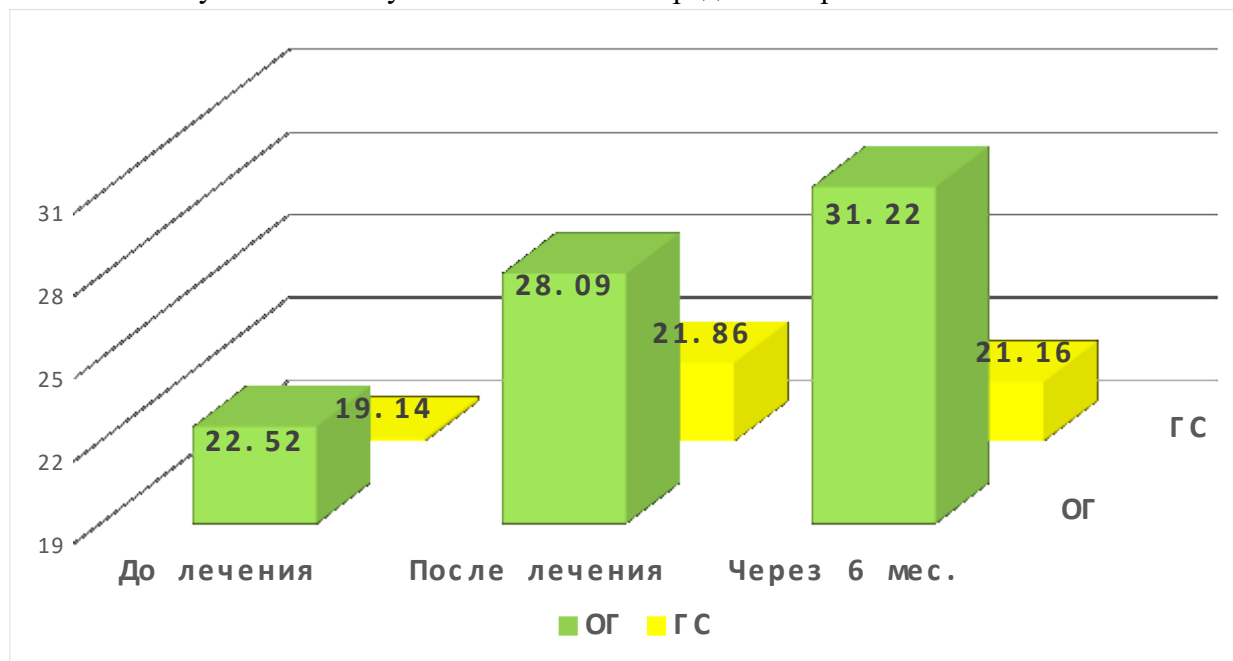


Рис. 2. Динамика сывороточной концентрации витамина Д в разрезе групп лечения, нг/мл

Витамин Д до лечения в ОГ составлял $22,52 \pm 5,06$ нг/мл, после лечения – $28,09 \pm 5,35$ нг/мл, через полгода – $31,22 \pm 1,68$ нг/мл; в ГС он составил до лечения $19,14 \pm 5,87$ нг/мл и $21,81 \pm 6,14$ нг/мл после лечения, через полгода – $21,16 \pm 6,28$ нг/мл,

что свидетельствовало о его недостаточности в ГС и нормализации уровня в ОГ через полгода после лечения, учитывая норму – 30-35 нг/мл, что имеет статистически значимые отличия ($p \leq 0,05$).

Таблица 3.

Динамика концентраций гормонов в разрезе групп лечения

Симптом	Лечение	ГС (n=37)	ОГ (n=33)
ЛГ, мМЕ/мл	До	5,72±0,77	5,93±0,78
	После	8,12±0,33	8,96±0,19
	Через 6 мес.	9,23±0,84	9,83±0,24
Эстрадиол, пмоль/л	До	119,5±14,38	119,1±11,18
	После	129,8±12,86	138,6±3,61
	Через 6 мес.	124,4±11,32	137,2±3,46
ФСГ, мМЕ/мл	До	16,02±0,86	16,1±0,80
	После	19,38±0,38	19,54±0,31
	Через 6 мес.	23,34±0,75	25,63±0,78

В ГС уровень ЛГ до лечения составлял 5,78±0,78 мМЕ/мл, а на момент окончания лечения – 7,88±0,15 мМЕ/мл при норме 7,7-58,5 мМЕ/мл, т.е. нормализовался, сывороточная концентрация эстрадиола до лечения составляла 118,8±12,40 пмоль/л, а после лечения – 138,3±3,71 пмоль/л при норме 127-138 пмоль/л, т.е. средняя концентрация приблизительно соответствовала верхней допустимой границе нормы. Уровень ФСГ в сыворотке крови больных ГС до лечения составил 15,78±0,75 мМЕ/мл, а после лечения – 19,43±0,44 мМЕ/мл, при этом норма 25,8–134,8 мМЕ/мл, т.е. нормализации не достигнуто.

В ОГ уровень ЛГ до лечения составлял 5,93±0,78 мМЕ/мл, а на момент окончания лечения – 8,96±0,19 мМЕ/мл при норме 7,7-58,5 мМЕ/мл, т.е. нормализовался, сывороточная концентрация эстрадиола до лечения составляла 119,1±11,18 пмоль/л, а после лечения – 138,6±3,61 пмоль/л при норме 127-138 пмоль/л, т.е. средняя концентрация приблизительно соответствовала верхней допустимой границе нормы. Уровень ФСГ в сыворотке крови до лечения составил 16,1±0,80 мМЕ/мл, а после лечения – 19,54±0,31 мМЕ/мл, при этом норма 25,8–134,8 мМЕ/мл, т.е. нормализации не достигнуто.

Закключение. Проведенное лечение в разрезе групп позволило нам провести сравнительный анализ его эффективности – более эффективным оказалось комплексное лечение, проведенное ОГ, которое включало в дополнение к стандартному лечению НТН на протяжении 3 месяцев витамин Д по 1000 МЕ ежедневно и «Монопауз Эссел» по 1 капле 2 раза в день.

В дополнение к стандартному лечению НТН пациенткам климактерического

возраста следует назначать длительностью 3 месяца ежедневный прием витамина Д по 1000 МЕ и «Монопауз Эссел» по 1 капле 2 раза в день.

Необходимо провести консилиум с эндокринологом и гинекологом для назначения дополнительной гормон замещающей терапии, так как гормональный баланс женщин с НТН без этого восстановить невозможно.

Список литературы

1. Росин Ю.А. Ультразвуковая диагностика сосудов головы и шеи. М.: Медицина, 2004.
2. Payet M., et al. Pathophysiological insights in trigeminal neuralgia: neurovascular conflict and beyond. *Neurology*, 2023.
3. Kim J.S., Park S.H. Neurovascular compression syndromes of the cranial nerves: Clinical features and management. *J Clin Neurol*, 2022.
4. Ivanov V.V. Современные подходы к диагностике и лечению невралгии тройничного нерва. *Неврология и нейрохирургия*, 2021.
5. Zakrzewska J.M. Trigeminal neuralgia: past, present, and future. *J Pain Res*, 2020.
6. Тригеминал невралгияларни даволашда физиотерапевтик муолажаланинг ахамияти / Abdullaeva M.B., Chorlieva F.E., Yadgarova L.B. // Научно-практический журнал Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия-2024.-Том №3, Выпуск 2(7), 83-91.
7. Treatment of trigeminal neuralgia of the central type and methods for improving the assessment of diagnosis / Muborak Abdullaeva // American journal of medicine and medical sciences- 2024, 14(12): 3356-3362, Volume 14, Issue 12
8. Балязин В.А. Топографоанатомические взаимоотношения ствола тройничного нерва с верхней мозжечковой артерией у больных с невралгией тройничного нерва. // Морфология. 2009 - №136(5) – с.27-31
9. Балязин В.А., Салах С.М. Интраоперационная профилактика рецидива невралгии тройничного нерва при его микроваскулярной декомпрессии. // Нейрохирургия. 2013 - №1. - с.47-52.
10. Лечение невралгии тройничного нерва центрального типа и методы усовершенствовании оценки диагностирования / Abdullaeva Muborak Bekkulovna // Journal of neurological and neurosurgery research -2024.- Volume 5, Issue 5.