

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаева Муборак Беккуловна

Ташкентский государственный стоматологический институт

Доцент кафедры нервных болезней. Народной медицины

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].

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].

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.

Всем пациенткам было проведено стандартное клинично-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 кровоток в общих и внутренних сонных артериях (ОСА и ВСА), позвоночных артериях (ПА) (в V2-сегментах), средних мозговых артериях (СМА) на аппарате «Сономед-325» фирмы «Спектрмед» с применением датчиков, генерирующих ультразвуковые волны частотой 4 МГц и 8 МГц.

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».

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 катамнестического наблюдения.

Принимая в учет сравнительный анализ проводимого исследования, мы посчитали целесообразным провести сравнение каждого показателя до лечения, после его окончания и в катамнезе 6 месяцев одномоментно, чтобы читателю было проще и нагляднее оценивать динамику каждого параметра.

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).

В ОГ до лечения длительность приступов НТН свыше 2 мин. была у 12 (36,36%) пациентов, а после лечения – 4 (12,12%) больных, т.е. уменьшился трехкратно, через 6 месяцев – снизилась двукратно до 2 (6,06%) пациенток (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).

В ОГ до лечения этот симптом беспокоил всех 33 (100%) пациенток, а после лечения – 12 (36,36%) больных, т.е. уменьшился в 2,75 раза, через 6 месяцев его частота снизилась в 3 раза до 4 (12,12%) пациентов (рис. 1).

Слезотечение в приступе беспокоило в ГС до лечения 19 (51,35%) больных и 8 (21,62%) больных после лечения со снижением в 2,38 раза, через 6 месяцев его частота снизилась в 1,6 раза до 5 (13,51%) пациенток (рис. 1).

В ОГ до лечения этот симптом беспокоил 30 (90,91%) пациенток, а после лечения – 13 (39,39%) больных, т.е. уменьшился в 2,31 раза, через 6 месяцев его частота снизилась в 3,25 раза до 4 (12,12%) пациентов (рис. 1).

Ринорея в приступе НТН беспокоила в ГС до лечения 22 (59,46%) больных и 8 (21,62%) больных после лечения со снижением в 2,75 раза, через 6 месяцев ее частота снизилась до 7 (18,92%) пациентов (рис. 1).

В ОГ до лечения этот симптом беспокоил 19 (57,58%) пациенток, а после лечения – 6 (18,18%) больных, т.е. уменьшился в 3,67 раза, через 6 месяцев его частота снизилась трехкратно до 2 (6,06%) пациенток (рис. 1).

Гиперсаливация в приступе НТН беспокоила в ГС до лечения 28 (75,68%) больных и 11 (29,73%) больных после лечения со снижением в 2,55 раза, через 6 месяцев ее частота снизилась в 2,75 раза до 4 (10,81%) пациенток (рис. 1).

В ОГ до лечения этот симптом беспокоил 31 (93,94%) пациенток, а после лечения – 10 (30,3%) больных, т.е. уменьшился в 3,1 раза, через 6 месяцев ее частота снизилась пятикратно до 2 (6,06%) пациенток (рис. 1).

Гиперкинезы мимической мускулатуры в приступе НТН характеризовали в ГС до лечения 35 (94,59%) больных и 12 (32,43%) больных после лечения со снижением в 2,92 раза, через 6 месяцев ее частота снизилась в 2,4 раза до 5 (13,51%) пациентов (рис. 1).

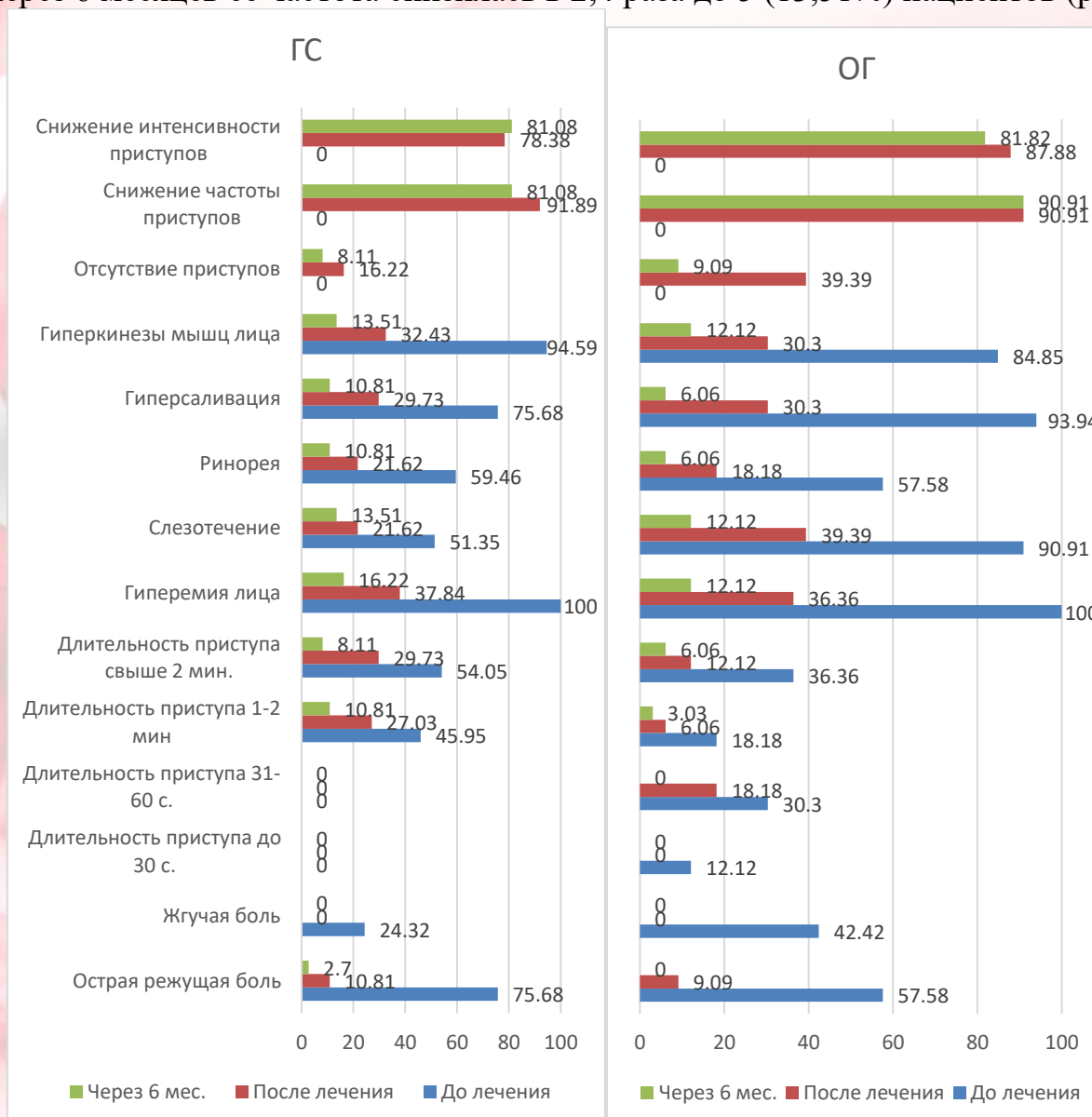


Рис. 1 Динамика показателей приступов НТН в разрезе групп лечения

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.

На протяжении всего периода катamnестического наблюдения показатели кровотока исследуемых пациентов с НТН по ЦДС экстракраниальных отделов БЦА – ОСА, НСА, ВСА и ПА с обеих сторон у всех пациентов не имели динамики, как и результаты ЭЭГ и ЭНМГ по всем ветвям ТН.

Таблица 7 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±0,73	10,02±0,54
	После	8,16±0,86	8,25±0,91
	Через 6 мес.	6,82±0,73	6,98±0,81
ФНО-α (пг/мл)	До	6,24±0,67	6,10±0,72
	После	5,05±0,44	5,09±0,74
	Через 6 мес.	4,06±0,68	4,09±0,61
ФНО-β (пг/мл)	До	5,69±0,78	5,68±0,75
	После	4,68±0,63	4,27±0,61
	Через 6 мес.	3,44±0,49	3,19±0,71
SP (пг/мл)	До	2643,3±535,8	2609,6±433,8
	После	2018,0±489,4	2071,1±473,9
	Через 6 мес.	1654,3±463,6	1393,6±364,5
IF-γ (пг/мл)	До	15,96±0,97	16,29±0,96
	После	12,24±,77	12,19±0,86
	Через 6 мес.	5,93±1,06	5,98±1,17

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 иммунологические 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.

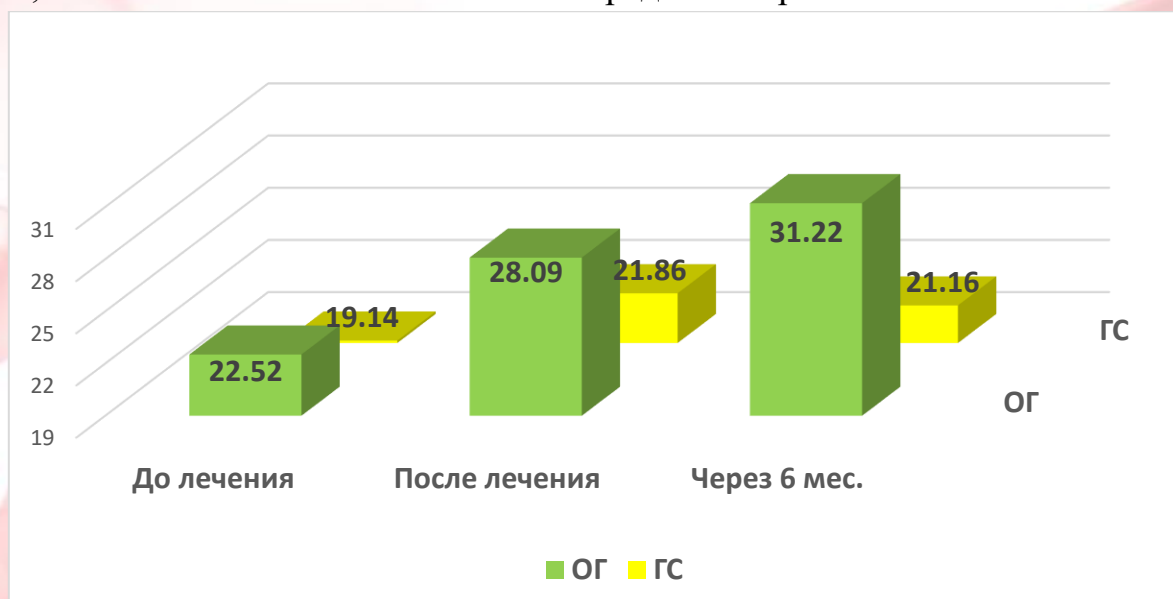


Рис. 2. Динамика сывороточной концентрации витамина Д в разрезе групп лечения, нг/мл

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 8 Динамика концентраций гормонов в разрезе групп лечения

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

В ГС уровень ЛГ до лечения составлял $5,78 \pm 0,78$ мМЕ/мл, а на момент окончания лечения – $7,88 \pm 0,15$ мМЕ/мл при норме 7,7-58,5 мМЕ/мл, т.е. нормализовался, сывороточная концентрация эстрадиола до лечения составляла $118,8 \pm 12,40$ пмоль/л, а после лечения – $138,3 \pm 3,71$ 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 $15,78 \pm 0,75$ мМЕ/мл, а после лечения – $19,43 \pm 0,44$ мМЕ/мл, при этом норма 25,8–134,8 мМЕ/мл, т.е. нормализации не достигнуто.

В ОГ уровень ЛГ до лечения составлял $5,93 \pm 0,78$ мМЕ/мл, а на момент окончания лечения – $8,96 \pm 0,19$ мМЕ/мл при норме 7,7-58,5 мМЕ/мл, т.е. нормализовался, сывороточная концентрация эстрадиола до лечения составляла $119,1 \pm 11,18$ пмоль/л, а после лечения – $138,6 \pm 3,61$ 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 $16,1 \pm 0,80$ мМЕ/мл, а после лечения – $19,54 \pm 0,31$ мМЕ/мл, при этом норма 25,8–134,8 мМЕ/мл, т.е. нормализации не достигнуто.

Вывод. 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 капсуле 2 раза в день.