

# Невралгія трійничного нерва: короткий алгоритм діагностики, дифференціальної діагностики і консервативної терапії

**Невралгія трійничного нерва (НТН) – відносно рідке розлад, характерним признаком якого є повторюючіся несподівані і короткочасні приступи гострої болю, як правило, в одній половині обличчя, по ходу другої і третьої гілки трійничного нерва. В типових випадках болеві атаки тривають від декількох секунд до 2 хвилин і провокуються відомими болюму триггерними факторами: розмовою, жеванням, чисткою зубів, бритьем, поривом вітру, прикосновением к определенным зонам лица и т.п.**

Діагноз НТН встановлюється на основі характерної клінічної картини, тому особливе значення має збір анамнезу. НТН слід запідозрити у всіх пацієнтів, пред'являючих скарги на односторонню епізодическу лицеву біль. Необхідно розрізняти класическу (в більшості випадків викликану судинною компресією корешка трійничного нерва) і симптоматическу НТН, котра вторична по відношенню к другим захворюванням. Атипичні і додаткові признакі, котрі дозволяють запідозрити симптоматическу НТН або інший діагноз, наступючі: наявність неврологічного дефіциту, вік до 40 років, двосторонні симптоми, головокруження, порушення слуху, онеміення обличчя, довготривалість болевих атак більше 2 хвилин, біль поза зони іннервації гілками трійничного нерва (Rudolph M. Krafft, 2008).

МРТ головного мозку дозволяє виключити наявність розсіяного склерозу, опухолі і інших потенціально небезпечних причин симптоматическої НТН, тому експерти Американської академії сімейної медицини (American Academy of Family Physicians, 2008) рекомендують проводити МРТ всім пацієнтам з підозрою на НТН.

**Діагностическі критеріи НТН Міжнародного товариства по вивченню головної болю (International Headache Society, IHS):**

1. Класическа НТН:

А. Пароксизмальні болеві атаки довготривалістю від декількох секунд до 2 хвилин по ходу одної або більше гілок трійничного нерва, котрі задовольняють критеріям В і С.

В. Біль має хоча б одну з наступючих характеристик:

1) інтенсивна, гостра, поверхностна, колюча;

2) відбувається з триггерних зон обличчя або провокуються триггерними факторами.

С. Приступи стереотипні для кожного пацієнта.

Д. Немає неврологічного дефіциту.

Е. Біль не пов'язана з іншими захворюваннями.

2. Симптоматическа НТН:

А. Пароксизмальні болеві атаки довготривалістю від декількох секунд до 2 хвилин по ходу одної або більше гілок трійничного нерва, з або без болевих відчущеній між приступами, котрі задовольняють критеріям В і С.

В. Біль має хоча б одну з наступючих характеристик:

1) інтенсивна, гостра, поверхностна, колюча;

2) відбувається з триггерних зон обличчя або провокуються триггерними факторами.

С. Приступи стереотипні для кожного пацієнта.

Д. Причина невралгії інша, ніж судинна компресія трійничного нерва, підтверджена спеціальними методами дослідження і/або в час ревізії задньої черепної ямки.

Дифференціална діагностика НТН представлена в таблиці.

## Медикаментозне лічення

Стартове лічення НТН – консервативне. Медикаментозна терапія на некое время облегчает состояние большинства больных. У пациентов, которые не отвечают на проводимую фармакотерапию и у которых НТН становится резистентной к лекарственным средствам, следует рассмотреть возможность хирургического лечения.

Таблица. Дифференциальная диагностика НТН (Rudolph M. Krafft, 2008)	
Альтернативный диагноз	Признаки, отличающие от НТН
Кластерная головная боль	Болевой приступ длится дольше, чаще в области орбиты или периорбитально, может становиться причиной пробуждений больного, сопровождается вегетативными симптомами
Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона)	Персистирующая боль в височной области, часто двусторонняя, нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава
Невралгия языкоглоточного нерва	Боль в языке, ротовой полости или глотке, возникающая при жевании, глотании или разговоре
Мигрень	Более длительные приступы боли, ассоциированные с фото- и фонофобией, мигрень в семейном анамнезе
Средний отит	Боль в ухе, характерные изменения со стороны барабанной перепонки
Пароксизмальная гемикрания	Боль в области лба или глаза, наличие вегетативных симптомов, хороший ответ на лечение индометацином
Постгерпетическая невралгия	Боль длительная, сопровождается жжением, опоясывающий лишай в анамнезе, часто в области первой ветви трійничного нерва
Синусит	Боль ассоциируется с симптомами со стороны носовой полости
SUNCT-синдром	Боль локализована в глазу или вокруг глаза, сопровождается вегетативными симптомами
Синдром височно-нижнечелюстного сустава	Персистирующая боль, чувствительность в области сустава, нарушение жевания
Тригеминальная нейропатия	Персистирующая боль, ассоциированная с потерей чувствительности

Средством первой линии для консервативного лечения НТН является антиконвульсант карбамазепин (Финлепсин). Анальгетическое действие препарата обусловлено свойством карбамазепина уменьшать проницаемость мембран нейронов, участвующих в ноцицептивных реакциях, для натрия. Период полувыведения карбамазепина составляет 20–40 ч, а при повторных приемах и в комбинированной терапии с другими противосудорожными препаратами может снижаться до 8–12 ч. Препарат в стандартной таблетированной форме достаточно полно, но медленно и неравномерно всасывается в желудочно-кишечном тракте; максимальный уровень в плазме крови достигается через 4–8 ч. Карбамазепин соединяется с белками плазмы (около 75%), почти полностью метаболизируется в печени и переходит в активный метаболит эпоксид, также обладающий противосудорожными свойствами.

Эффект карбамазепина повышают дилтиазем, верапамил, никотинамид, эритромицин, а снижают вальпроаты, галоперидол и фенобарбитал (А.В. Степанченко, 2005).

Оптимальными для лечения НТН характеристиками обладает лекарственная форма карбамазепина пролонгированного действия – Финлепсин ретард. Активное вещество из микрокапсул высвобождается постепенно и равномерно, что способствует поддержанию постоянной концентрации карбамазепина в плазме крови без существенных суточных колебаний. Это позволяет реже принимать препарат (до 1–2 раз в сутки) и снизить риск развития побочных эффектов, что способствует повышению приверженности пациентов к лечению.

Карбамазепин у пациентов с НТН целенаправленно изучался в рандомизированных клинических исследованиях. Их метаанализ показал высокую эффективность препарата

(Н. McQuay et al., 1995). В дальнейшем систематический обзор Кокрановского сотрудничества (P.J. Wiffen et al., 2005) подтвердил, что карбамазепин является эффективным средством терапии НТН. Анализ результатов четырех рандомизированных исследований, в которых карбамазепин назначался пациентам с НТН, показал, что улучшение состояния наступает у каждого второго-третьего пациента, получающего препарат (показатель NNT=2,5), а минимальные побочные реакции возникают лишь у одного из 4 больных (показатель NNT=3,7).

Доза карбамазепина при НТН варьирует от 400 до 2400 мг/сут, но у большинства пациентов препарат эффективен в дозах 400–800 мг/сут за 2 или 3 приема.

Карбамазепин можно применять и в качестве диагностического средства. Быстрый ответ на лечение карбамазепином подтверждает диагноз классической НТН, а отсутствие эффекта указывает на симптоматическую НТН или альтернативный диагноз (Rudolph M. Krafft, 2008).

Карбамазепин является препаратом первого выбора при классической НТН. Другие средства целесообразно использовать, если карбамазепин неэффективен или обеспечивает лишь частичное облегчение состояния. Они могут назначаться вместо карбамазепина или присоединяться к нему. Эффективность продемонстрировали баклофен в дозе 10–80 мг/сут (G.H. Fromm et al., 1984), антиконвульсанты фенитоин, ламотригин, габапентин, топирамат, вальпроаты, а также клоназепам и пимозид. Данные об их эффективности получены в небольших исследованиях или отдельных клинических случаях (S.J. Scriver et al., 2005; G.J. McCleane et al., 1995; J.M. Zakrzewska et al., 1997; W.P. Cheshire, 2002; I. Gilron et al., 2001; F. Lechin, 1989; J.B. Peiris et al., 1980). В некоторых исследованиях успех в лечении НТН достигался при применении ботулотоксина А (E.J. Piovesan et al., 2005). Местное нанесение капсаицина было эффективным в одном открытом исследовании (J.V. Epstein et al., 1994). Эффект от внутримышечного введения суматриптана также был получен в одном исследовании (A. Kanai et al., 2006). Существуют данные о том, что интраназальное введение лидокаина достоверно уменьшает выраженность невралгии по ходу второй ветви трійничного нерва более чем на 4 ч (A. Kanai et al., 2006). В недавнем систематическом обзоре Кокрановского сотрудничества было показано, что из рандомизированных клинических исследований неантиконвульсантов в лечении НТН невозможно получить достоверные данные в поддержку их эффективности (L. He et al., 2006).

Немногочисленные доказательные данные в отношении ведения пациентов с НТН приведены в клиническом руководстве Американской академии семейной медицины.

Ключевые рекомендации Американской академии семейной медицины по ведению пациентов с НТН:

- У пациентов с предположительным диагнозом НТН показано проведение МРТ (уровень доказательности С).

- Средством первого выбора для стартовой медикаментозной терапии классической НТН является карбамазепин; ни один из других изучавшихся в рандомизированных исследованиях препаратов не показал большей эффективности (уровень доказательности А).

- Хирургическое лечение показано больным, у которых оказались неэффективными несколько препаратов или у которых развился рецидив невралгии после временного облегчения на фоне медикаментозного лечения (уровень доказательности С).

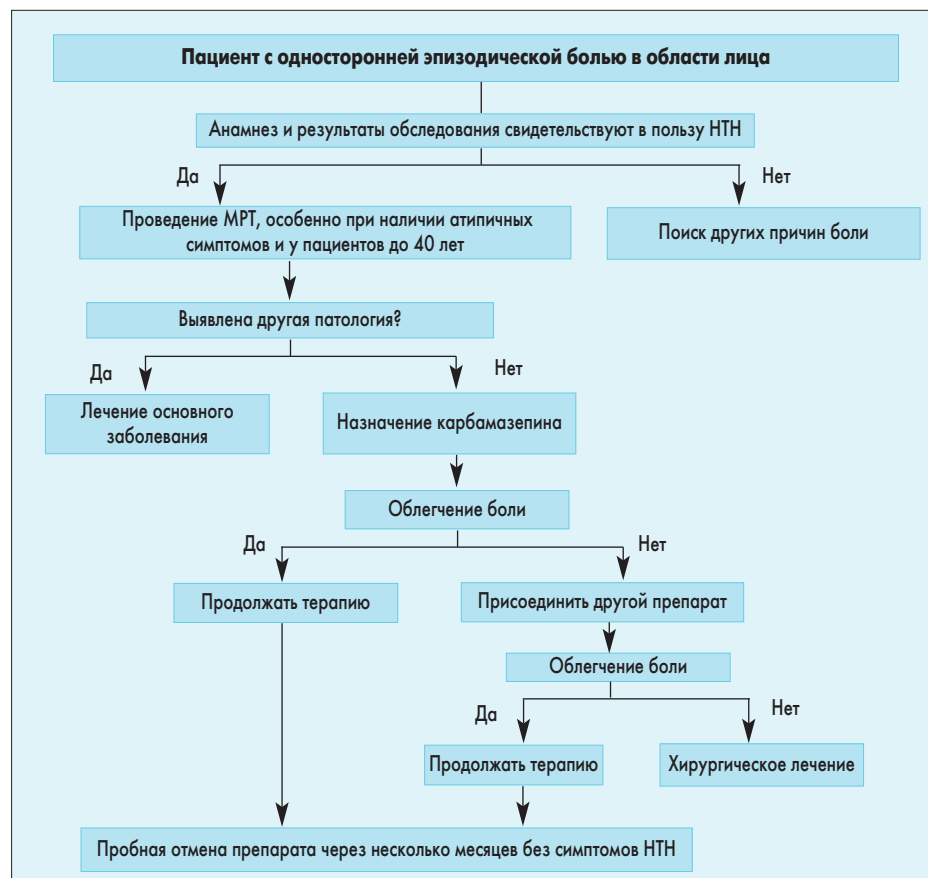


Рис. Алгоритм диагностики и лечения НТН (J.E. Delzell, A.R. Grelle, 1999; M. Rudolph Krafft, 2008)

Подготовил Дмитрий Молчанов