

## ВЛИЯНИЕ ГАБАПЕНТИНА НА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ОДОНТОГЕННОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8016836>

**Жумаев Лазиз Ражабович**

Кафедра хирургической  
стоматологии БГМИ,

д.м.н.

**Бабаджанова Дилноза Давлатназаровна**

Магистр БухМИ

### **Аннотация.**

*В статье обсуждается проблема прозопалгий – болевых синдромов в области лица, имеющих несколько классификаций, многообразные причины появления и большое количество вариантов лечения. Особое внимание уделено прозопалгиям с невропатическим компонентом. Актуальность исследования обуславливается трудностями подбора терапии при различных вариантах прозопалгий и необходимостью объективизации результатов лечения.*

### **Ключевые слова.**

*габапентин, одонтогенная невралгия, невропатическая боль, экстероцептивная супрессия, электронейромиография.*

### **Annotation.**

*The article discusses the problem of prosopalgia – pain syndromes in the facial area, which have several classifications, diverse causes of occurrence and a large number of treatment options. Special attention is paid to prosopalgia with a neuropathic component. The relevance of the study is due to the difficulties of selecting therapy for various types of prosopalgia and the need to objectify the results of treatment.*

### **Keywords.**

*gabapentin, odontogenic inflammation, neuropathic pain, extrceptive suppression, electroneuromyography.*

**Цель исследования:** оценить состояние лечения одонтогенной невралгии тройничного нерва после лечения препаратом габапентин.

**Материал и методы:** в исследование включены пациенты с одонтогенной невралгии тройничного нерва. Использовались клинический метод и радиочастотной денервация, а именно метод с оценкой результатов после лечения препаратом габапентин.

**Результаты исследования:** определено значение экстероцептивной супрессии в патофизиологии невропатической боли при одонтогенной невралгии тройничного нерва. Клиническим результатом применения препарата габапентин было уменьшение степени выраженности болевого синдрома на 2–3-е сутки после начала приема препарата, укоротились и стали реже эпизоды обострения болевого синдрома. Стабилизировались параметры экстероцептивной супрессии после лечения препаратом габапентин.

**Заключение:** в результате исследования показано, что препарат габапентин может быть использован в качестве лекарственного средства при лечении пациентов с прозопалгиями невропатического характера за счет улучшения контроля боли на стволовом и надсегментарном уровне.

Распространенность одонтогенных заболеваний тройничного нерва болевого синдрома в области лица во взрослой популяции достигает 10%, при этом мужчины страдают вдвое чаще женщин [1]. Согласно классификации В.А. Карлова в модификации О.Н. Савицкой (1995), под соматогенными прозопалгиями понимают офтальмогенные, оториногенные, одонтогенные боли. Прозопалгии возникают при поражении кожи, слизистых оболочек, десен, могут быть артрогенными, миогенными и отраженными. Под неврогенными прозопалгиями понимают типичные прозопалгии, обусловленные поражением тройничного нерва, так называемую тригеминальную невропатию (невралгию), одонтогенную невропатию, постгерпетическую невропатию. Поражение других черепных нервов вызывает соответственно невралгию языкоглоточного нерва, невралгию верхнечерепного нерва. К атипичным прозопалгиям относят симпаталгии при заболеваниях центральной нервной системы (органических и функциональных) [2].

Считается, что невралгический тип болевого синдрома возникает вследствие демиелинизации волокон А-дельта, при которой нарушается «воротный контроль» боли и ослабевает функция нисходящего торможения. [3]. Далее возникает контакт между проводниками поверхностной и глубокой чувствительности на участке чувствительного корешка. Вне патологии происходит торможение по коллатералям глубокой чувствительности в ядре спинномозгового пути тройничного нерва, при невралгии, наоборот, происходит увеличение потоков сигналов по путям поверхностной чувствительности (болевого и температурного), что приводит к возникновению болевого пароксизма [4]. В то же время боль невропатического типа, по мнению исследователей, возникает в результате нарушенного баланса

ноцицептивных и антиноцицептивных систем из-за их поражения на различных уровнях нервной системы. Большое внимание уделяется изучению механизмов центральной сенситизации, феномена «взвинчивания», недостаточности антиноцицептивных нисходящих влияний (центральной дезингибиции) [5]. Вольтажезависимые кальциевые N-каналы, расположенные в поверхностной пластинке заднего рога, также участвуют в формировании нейропатической боли.

Характерно, что болевой синдром при различных вариантах типичных прозопалгий дает несколько различающуюся клиническую картину: в одних случаях это приступообразная стреляющая боль, напоминающая разряд тока, усиливающаяся при приеме пищи, провоцируемая разговором или туалетом лица, в других – постоянная ноющая, жгучая боль, иногда меняющая свою интенсивность. Первый тип болевого синдрома имеет невралгический характер, второй – невропатический [6, 7].

Для дифференциальной диагностики обязательными в плане дополнительных методов исследования являются: общеклиническое обследование, магнитно-резонансная томография (МРТ), радиочастотная денервация (РЧД), консультации узких специалистов. В терапии невралгического компонента боли препаратом выбора является габапентин. Согласно рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ, препаратом выбора в терапии невропатической боли является габапентин [8].

Известно, что в состав всех вольтажезависимых кальциевых каналов входит субъединица  $\alpha 2\delta$ , именно она является точкой приложения действия габапентина при невропатических болях. Кроме того, габапентин по химическому строению представляет собой структурный аналог гамма-аминомасляной кислоты, он также усиливает ее синтез и оказывает модулирующее действие на NMDA-рецепторы, уменьшает высвобождение моноаминов, снижает синтез и транспорт глутамата, способствуя уменьшению частоты потенциалов периферических нервов [5].

**Актуальность** нашего исследования обуславливается трудностями подбора терапии пациентов с различными вариантами прозопалгий, в т.ч. одонтогенной невралгии тройничного нерва и необходимостью объективизации результатов лечения.

Для оценки эффективности проводимого лечения нами был использован анализ параметров экстероцептивной супрессии (ЭС) до и после лечения препаратом габапентин.

#### **Материал и методы**

Проведено обследование 23 пациентов с одонтогенной невралгии тройничного нерва различного генеза, в возрасте от 30 до 80 лет. Среди обследуемых были больные с одонтогенными и миогенными прозопалгиями, прозопалгиями герпетической и эндокринной этиологии. Клиническая картина прозопалгий характеризовалась постоянными ноющими, жгучими болями в области лица, преимущественно в зоне иннервации второй ветвью V пары черепных нервов, с отсутствием курковых зон, не связанными с приемом пищи, туалетом лица и временем суток. У 4-х пациентов имела место истинная невралгия тройничного нерва, этиологическим фактором которой явился доказанный МРТ-исследованием нейроваскулярный конфликт между артерией мозжечка и корешком тройничного нерва на пирамиде височной кости. У 4-х пациенток наблюдались психогенные прозопалгии. Данные этих пациентов в рассматриваемое исследование не включены.

Во всех остальных случаях были проведены общеклинические и нейровизуализационные исследования, консультации узких специалистов и ЭНМГ. Акцент был сделан на изучении параметров РЧД в норме, у больных с одонтогенной невралгии тройничного нерва после лечения. Полученные данные сравнивались с контрольной группой здоровых лиц (n=20).

Нами был использован метод РЧД – метод радиочастотной денервации. Радиочастотная ризотомия корешка тройничного нерва выполняется для лечения невралгии тройничного нерва. Радиочастотная деструкция применяется так же, когда имеются медицинские противопоказания для выполнения микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва. Это может быть при тяжелых соматических заболеваниях, не позволяющих выполнить краниотомию в условиях общей анестезии, у пожилых людей.



Радиочастотная деструкция выполняется (рис. 1), когда больной отказывается от других вмешательств и выбирает данный метод лечения тригеминальной невралгии.

*Рисунок 1. Аппарат и схема воздействия радиочастотной деструкции.*

### Результаты исследования

В лечении невралгии тройничного нерва положительный результат, по данным различных источников, наблюдался в 75 % случаев, обезболивающий эффект сохранялся в среднем 6,5 месяца. Рандомизированные двойные слепые исследования доказывают преимущество импульсной радиочастотной абляции (ИРЧА) перед блокадой тройничного нерва с кортикостероидами при мигрени. Из побочных эффектов описаны нарушения чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва, однако это не доставляет дискомфорта пациенту и не требует дополнительного лечения.

У всех больных отмечено уменьшение болевого синдрома на фоне приема габапентина на 2-3-е сутки после начала приема препарата, укоротились также и стали реже эпизоды обострения болевого синдрома.

### Заключение

Препарат габапентин улучшает клиническое состояние у пациентов с невропатической лицевой болью, улучшает состояние антиноцицептивной системы, что после лечения. При использовании в процедуре лечения одонтогенной невралгии тройничного нерва радиочастотной денервации, положительный результат возникает в 95% случаев, благодаря высокочастотной термоабляции преимущественно сенсорных нервных

волокон и сохранялся от нескольких месяцев до года и более. Данный препарат может быть использован как один из эффективных методов обезболивания при невропатических прозопалгиях.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Вейн А. М. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: Медпресс; 1999.
2. Гаава Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии. Новосибирск: Наука; 1991.
3. Жумаев Лазиз Ражабович Характеристика параметров системы иммунитета у больных с сиадозами // Достижения науки и образования. 2018. №18 (40). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-parametrov-sistemy-immuniteta-u-bolnyh-s-sialozami> (дата обращения: 29.03.2023).
4. Карлов В. А. Неврология: Руководство для врачей. М.: Мед. информ. агентство; 2002.
5. Нурова Г.У., Эркинов Н.Н. ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА. Тиббиётда Янги Кун, 2019. - № 2 (26). -С.238-239 (НУРОВА Г.У., ЭРКИНОВ Н.Н. ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «ФОТЕК» ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА. // БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ. - САМАРКАНД, 2019. - № 2 (109). - С.73-74.
6. ПузинМ. Н., Вязьмин А. Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М.: Медицина; 2002.
7. Цибуляк В. Н. Рефлексотерапия в клинической анестезиологии. Ташкент: Медицина; 1985.
8. Ядгарова, Г. С., and М. Б. Норова. "Гормональный статус слюны и липидного спектра крови у больных пародонтитом с отягощенным ожирением." Актуальные проблемы стоматологии (2012): 151.
9. Devor M., Amir R., Rappaport Z. H. Pathophysiology of trigeminal neuralgia: the ignition hypothesis. Clin. J. Pain. 2002; 18 (1): 4–13.
10. GerhardH., Fromm M. D., AmrikS. Role of inhibitory mechanisms in trigeminal neuralgia. Neurology. 1981; 31: 683–7.
11. Gronseth G., Cruccu G., Alksne J. et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy

of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology*. 2008; 71: 1183 – 90.