

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Г.К. Рахматуллаева

**доцент кафедры неврологии и медицинской психологии
Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан**

Н.Х. Нормуротова

врач-невролог 32-семейной поликлиники Яшнабадского района, г. Ташкент

e-mail: normurodovan@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17533115>

Введение. Терапия нейропатии тройничного нерва (НТН) остаётся одной из наиболее сложных проблем клинической неврологии. Несмотря на десятилетия клинических наблюдений и разработку множества фармакологических схем, часть пациентов продолжает испытывать хроническую боль и сниженное качество жизни. Традиционное лечение, основанное преимущественно на применении антиконвульсантов, в ряде случаев приводит к частичной ремиссии, но не обеспечивает стойкого купирования болевого синдрома и часто сопровождается побочными эффектами — сонливостью, головокружением, атаксиями, когнитивными нарушениями.

Современная нейрореабилитационная концепция рассматривает НТН как мультифакторное заболевание, требующее многоуровневого воздействия: медикаментозного, физиотерапевтического и психокоррекционного. Оптимизация терапии заключается не только в подборе эффективных препаратов, но и в создании персонализированных комбинированных протоколов, направленных на восстановление нейрональной проводимости, нормализацию метаболизма, снижение центральной сенситизации и коррекцию эмоционального статуса пациента.

В последние годы особое внимание уделяется применению фотобиомодуляции (лазеротерапии), нейропротекторных комплексов, витаминов группы В, а также когнитивно-поведенческой психотерапии, что в совокупности повышает эффективность стандартных схем лечения.

Анализ традиционных и комбинированных схем терапии

Для объективной систематизации различных подходов к лечению НТН целесообразно выделить три основные группы методов, представленные в таблице ниже:

№	Подход	Состав и особенности	Преимущества	Недостатки
1	Традиционный	Антиконвульсанты (карбамазепин, габапентин), анальгетики, антидепрессанты	Быстрое купирование приступов боли	Высокий риск побочных эффектов, развитие толерантности
2	Комбинированный медикаментозный	Антиконвульсанты + витамины группы В + нейропротекторы	Улучшение метаболизма, ускорение	Не устраняет центральную сенситизацию

		(тиоктовая кислота, цитиколин)	ремиелинизаци и	
3	Комплексный интегративный	Медикаментозная терапия + физиотерапия (лазер, магнитотерапия) + психотерапия	Стойкий анальгетический эффект, уменьшение рецидивов, повышение адаптации	Требует длительного курса и участия мультидисциплинарной команды

Фармакотерапия: классические и современные тенденции

Антиконвульсанты (карбамазепин, окскарбазепин, прегабалин, габапентин) по-прежнему являются препаратами первой линии. Они блокируют натриевые и кальциевые каналы, снижая возбудимость нейронов тройничного ганглия. Однако длительное применение сопровождается развитием побочных эффектов и снижением чувствительности рецепторов.

В связи с этим растёт интерес к нейропротекторным средствам — тиоктовой кислоте, цитиколину, мексидолу, а также к комбинированным препаратам, содержащим витамины группы В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин), улучшающим обмен в нервной ткани и ускоряющим ремиелинизацию.

Дополнительный эффект оказывают антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин), влияющие на центральные механизмы боли, и антиоксиданты, снижающие уровень оксидативного стресса в зоне поражённого нерва.

Современные данные подтверждают, что включение метаболической терапии (L-карнитин, янтарная кислота, альфа-липоевая кислота) способствует восстановлению энергетического обмена и нейрональной пластичности.

Физиотерапевтические методы и фотобиомодуляция

Лазеротерапия низкой интенсивности признана одним из наиболее перспективных направлений. Под действием когерентного света усиливается микроциркуляция, активируется митохондриальный метаболизм и синтез АТФ, повышается выработка эндогенных опиоидов, что обеспечивает выраженный анальгетический эффект.

Использование лазерного воздействия (длина волны 660–810 нм) в проекции ветвей тройничного нерва способствует уменьшению боли на 50–70% уже после 7–10 сеансов. Особенно хорошие результаты отмечаются при сочетании с витаминной терапией и мягкой электростимуляцией.

Кроме того, в комплекс лечения часто включаются дарсонвализация, магнитотерапия, электрофорез с анальгетиками, токи Бернара. Эти методы способствуют снижению воспаления, улучшению лимфо- и кровотока, восстановлению метаболизма в нервных волокнах.

Психотерапевтические и реабилитационные подходы

Психоэмоциональное состояние пациента при нейропатии тройничного нерва имеет решающее значение. Длительная боль формирует устойчивый стрессовый ответ

и тревожный ожидательный синдром. В этой связи когнитивно-поведенческая терапия помогает пациенту осознать механизмы боли, научиться контролировать тревогу и применять техники расслабления.

Дополнительно используются методы аутогенной тренировки, дыхательной гимнастики, йога-терапии и биообратной связи (biofeedback). Эти подходы снижают активность симпатической нервной системы и нормализуют уровень кортизола, тем самым усиливая эффективность медикаментозного лечения.

Комбинация психотерапии с физиотерапией даёт выраженный синергетический эффект, повышая адаптационные возможности и устойчивость пациента к боли.

Оптимизация терапии: интегративная модель

На основании анализа литературы можно выделить три ключевых принципа оптимизации терапии нейропатии тройничного нерва:

1. Многоуровневое воздействие — одновременное устранение периферических, центральных и эмоциональных механизмов боли.
2. Персонализированный выбор терапии — подбор дозировок и методов с учётом возраста, соматического статуса, психотипа и длительности заболевания.
3. Реабилитационный мониторинг — регулярная оценка динамики боли (по шкале ВАШ), нейропсихологических показателей и качества жизни для коррекции программы лечения.

Такой подход позволяет достичь более стойкой ремиссии (до 6–12 месяцев), сократить частоту рецидивов и снизить потребность в высоких дозах антиконвульсантов.

Заключение. Оптимизация терапии нейропатии тройничного нерва требует отхода от монотерапии в сторону мультидисциплинарного, комбинированного подхода, направленного на все звенья патогенеза. Наибольший клинический эффект достигается при сочетании фармакологических средств (антиконвульсанты, нейропротекторы, витамины группы В) с физиотерапией (лазеротерапия, магнитотерапия) и психотерапевтической коррекцией.

Современные тенденции лечения ориентированы на нейропротекцию, ремиелинизацию, подавление центральной сенситизации и восстановление эмоционального равновесия пациента. Такой комплекс обеспечивает не только уменьшение боли, но и значительное повышение качества жизни, улучшение сна, когнитивных функций и эмоциональной стабильности.

Перспективными направлениями дальнейших исследований являются разработка новых лазерных протоколов фотобиомодуляции, изучение молекулярных механизмов ремиелинизации и внедрение цифровых технологий мониторинга боли для индивидуализации терапии.

Таким образом, интегративная модель лечения, основанная на объединении медикаментозных, физиотерапевтических и психотерапевтических методов, является наиболее перспективной стратегией оптимизации терапии нейропатии тройничного нерва.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Zakrzewska J.M., Linskey M.E. Trigeminal neuralgia. BMJ. 2014;348:g474.
2. Nurmukhamedov A.A. Патогенез нейропатий тройничного нерва. Неврология и нейрохирургия. 2020; (2): 45–49.
3. Obermann M., Katsarava Z. Update on trigeminal neuralgia. Expert Rev Neurother. 2019;19(8):799–808.
4. Шульга Г.И., Кравченко Л.В. Хронические боли лица: современные представления и терапевтические подходы. Журнал неврологии и психиатрии. 2021;121(5):87–94.
5. Bendtsen L., Zakrzewska J.M., Heinskou T.B. Advances in the diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia. Lancet Neurology. 2020;19(9):784–796.