

## ЛЕЧЕНИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ БОЛИ: НА ПЕРЕСЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИИ И НЕВРОЛОГИИ

**Ботирова З.Х., студентка 5 курса Стоматологического факультета,  
ТГСИ**

**Ботирова О.Р. студентка 6 курса СПбГПМУ**

**Научный руководитель: Азимова Н.М., доцент кафедры неврологии  
и детской неврологии, медицинской генетики, ТашПМИ**

**Актуальность:** Тригеминальная невралгия остаётся одной из самых интенсивных форм лицевой боли, существенно ухудшающей качество жизни пациента. Несмотря на преимущественно неврологическую природу заболевания, пациенты зачастую первично обращаются к стоматологу, поскольку боль локализуется в зоне зубов и челюстей. Это приводит к высокой вероятности диагностических ошибок и ненужных стоматологических вмешательств. В условиях роста числа инвазивных стоматологических процедур возрастает риск ятрогенных поражений ветвей тройничного нерва. Поэтому необходима координация действий стоматолога и невролога для повышения эффективности терапии.

**Цель:** Сравнить эффективность медикаментозного лечения тригеминальной боли при монотерапии (неврологический подход) и при комбинированном междисциплинарном подходе (неврологическое + стоматологическое вмешательство) у пациентов с хронической формой заболевания.

**Материал и методы:** В рамках данного исследования был проведён клинический анализ 30 пациентов, страдающих от классической тригеминальной невралгии, диагностированной с учётом критериев Международной классификации головных болей ICHD-3 и подтверждённой с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) для исключения других патологий. Пациенты были случайным образом разделены на две группы по 15 человек в каждой, что позволило обеспечить баланс в результатах и минимизировать искажения.

Группа 1 (монотерапия — неврологический подход)

Пациенты этой группы получали традиционное медикаментозное лечение, основанное на признанных подходах в неврологии для лечения тригеминальной боли. Лечение включало назначение Карбамазепина (начальная доза — 200 мг дважды в день), с поэтапным увеличением дозы до

800 мг в сутки при хорошей переносимости. Этот препарат является стандартом первой линии в лечении тригеминальной невралгии, обладая выраженным анальгезирующим эффектом за счёт стабилизации натриевых каналов нейронов, что предотвращает их гиперактивность. В случае непереносимости карбамазепина, пациентам назначался прегабалин в дозировке от 150 мг до 300 мг в сутки. Этот препарат, влияющий на  $\alpha 2$ -дельта субъединицы кальциевых каналов, был выбран как альтернатива с более мягким профилем побочных эффектов. Для поддержания нормальной функции нервной системы и улучшения нейротрофики, всем пациентам были назначены витамины группы В (В1, В6, В12), что способствует восстановлению нервных волокон и снижению болевого синдрома. При необходимости для коррекции сопутствующей тревожности или депрессии использовались анксиолитики.

Группа 2 (комбинированное лечение — неврология + стоматология). Пациенты данной группы получали не только стандартное медикаментозное лечение, как в группе 1, но и дополнительные стоматологические вмешательства, которые направлены на исключение потенциальных триггерных факторов, таких как бруксизм или одонтогенные воспаления.

1. Стоматологическое обследование. Каждый пациент был направлен на полное стоматологическое обследование, которое включало: рентгенографию зубов и челюстей, а также компьютерную томографию (КТ) для выявления возможных очагов инфекции или повреждений, которые могли бы спровоцировать иррадиацию боли в область тройничного нерва. Оценку окклюзионных нарушений (неправильный прикус), которые могут быть связаны с повышенной нагрузкой на тройничный нерв.

2. Стоматологические вмешательства: если у пациента был выявлен бруксизм, то ему было рекомендовано изготовление индивидуальной окклюзионной каппы для ношения в ночное время, что снижало нагрузку на жевательную мускулатуру и, как следствие, уменьшало раздражение тройничного нерва. Местные анестезирующие блокады проводились для блокировки болевого импульса, который передавался по ветвям тройничного нерва. Использовались растворы лидокаина или ультракаина в концентрации 2%, что позволило быстро купировать боль в течение первых 3-х дней после блокады. Для пациентов с выявленными признаками воспаления в полости рта (гингивит, периодонтит) проводилась антисептическая санация, направленная на устранение воспалительных очагов, что могло стать источником иррадиации боли в области лица и головы.

3. Психоэмоциональная поддержка. Поскольку тригеминальная невралгия имеет высокий уровень психоэмоционального стресса, который может усиливать болевые ощущения, пациентам была предложена консультация с психологом для коррекции тревожных расстройств. Также всем пациентам рекомендовали техники расслабления (дыхательные упражнения, медитации), которые могли бы помочь снизить общий уровень стресса.

**Вывод:** Комбинированное лечение тригеминальной боли с участием стоматолога и невролога значительно эффективнее монотерапии. Междисциплинарный подход позволяет устранить не только симптом, но и потенциальные триггерные факторы боли. Включение стоматолога в диагностический и лечебный процесс снижает риск ненужных вмешательств и повышает качество жизни пациентов.