

# Психокоррекция в комплексной терапии больных с невралгией тройничного нерва

В.А. Арутюнов, М.Н. Пузин, С.Л. Боднева, Р.А. Аванесян

*ФГУ ИПК Федерального медико-биологического агентства, Москва  
НГОУ Медицинский стоматологический институт, Москва*

**Ключевые слова:** невралгия тройничного нерва, психокоррекция, аффективные расстройства.

Невралгия тройничного нерва (НТН) занимает особое место в ряду болевых синдромов области лица [3]. Прежде всего это связано со значительной интенсивностью болевых ощущений, сложностью постановки диагноза и довольно низкой эффективностью проводимой терапии [2]. До настоящего времени остаются не раскрытыми все патологические составляющие болевого синдрома, в частности, не существует единого мнения о значении аффективной патологии в реализации алгического феномена. В тоже время с улучшением эмоционального состояния связывается повышение эффективности лечения больных с НТН [1, 4].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности психокоррекции при невралгии тройничного нерва с аффективными расстройствами.

В исследование включено 49 больных с невралгией тройничного нерва, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении. Средний возраст обследованных составил  $44,6 \pm 6,8$  лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 4 лет (средняя длительность  $2,4 \pm 0,46$  года). Большинство обследованных имели среднее образование.

Больные обследованы дважды: 1) при включении в исследование и 2) после проведения курса лечения (через 8 недель).

При первичном осмотре пациенты методом случайного отбора были разделены на 3 группы: 1) 18 больных, которым проводилась психофармакотерапия (ПФТ), 2) 16 больных, которым проводилась комплексное лечение ПФТ и биологическая обратная связь (ПФТ+БОС) и 3) 15 больных, принимавших только стандартную терапию (СТ).

До начала лечения все 3 группы были сопоставимы по возрасту, уровню образования, характеру жалоб психоэмоциональному состоянию, составу СТ.

При обследовании больных оценивались соматические, клиничко-психопатологические и психологические показатели. Интенсивность боли оценивалась на основе визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 100 баллов.

Клиничко-психопатологическое обследование осуществлялось на основе Клинической шкалы (КШ), [Александровский Ю.А., 2006]. Психологическое обследование включало в себя тесты: сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ), шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера.

**Психофармакологическая терапия** в группах ПФТ и комплексного лечения назначалась на 8 недель, использовались трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Выбор препарата определялся структурой психопатологического профиля: при сочетании депрессивной симптоматики с тревогой амитриптилин (75 мг/сутки) или паксил (20 мг/сутки), при депрессии с астенией и апатией или ипохондрическими проявлениями флуоксетин (20 мг/сутки). При выраженной тревожной симптоматике дополнительно назначали феназепам (2 мг/сутки), при ипохондрической и истерической симптоматике сероквель до 50 мг/сутки.

**Биологическая обратная связь** осуществлялась с помощью программно-аппаратного комплекса «БОСЛАБ», разработанного в Институте молекулярной биологии и биофизики СО РАН. Применялся альфа-стимулирующий тренинг. При проведении процедуры, два электроэнцефалографических электрода располагались в правой лобной и затылочной областях (монтаж электродов F-4, O-2) и фиксировались при помощи электроэнцефалографической пасты Ten-20. Пассивный электрод прикреплялся к мочке уха. Пациентам предлагалось с закрытыми глазами увеличивать частоту возникновения сигнала обратной связи (то есть, увеличивать альфа-активность). После окончания сеанса происходило обсуждение его результатов. Продолжительность тренинга составляла 30 мин, частота занятий 3 раза в неделю. Курс состоял из 12-15 занятий.

**В качестве стандартной терапии** пациентам назначались: карбамазепин; антигипоксанты и сосудистая терапия (альфа-токоферол, аскорбиновая кислота, альфа-липоевая кислота; препараты, улучшающие микроциркуляцию: пентоксифиллин, кавинтон, компламин, метаболические препараты

(рибоксин, актовегин, липостабил).

Исследование эффективности психокоррекции у больных с НТН осуществлялось в двух аспектах: оценка общей эффективности по сравнению с СТ и выявление структуры изменений в состоянии больных в результате применения ПФТ и комплексного лечения (ПФТ+БОС).

Критерием улучшения состояния было снижение выраженности болевого синдрома по Визуальной аналоговой шкале боли на 50 % и более при обследовании после курса лечения по сравнению с фоновым обследованием до лечения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ общей эффективности лечения на основе подсчёта удельного веса т.н. респондеров, т.е. пациентов, психоэмоциональное состояние которых заметно улучшилось в результате присоединения психокоррекции к СТ, в сравнении с количеством респондеров в группе пациентов, получавших только СТ. Установлено, что удельный вес респондеров в группе комплексной терапии (ПФТ+БОС) составил более 38%, в группе ПФТ — 34,8%, тогда как в группе СТ — лишь 24% (см. диаграмму).

Полученные данные демонстрируют заметно большую общую эффективность комплексной терапии, включающей психокоррекцию, по сравнению с использованием только традиционной терапии, причём наиболее эффективной оказалась терапия, сочетающая в себе ПФТ и БОС.

Дальнейшее исследование эффективности терапии состояло в сравнительном анализе динамики клинико-психологических показателей на фоне разных видов лечения, с использованием статистического критерия Вилкоксона.

Таким способом было установлено, что в группе СТ статистически значимые изменения достигнуты по шести показателям, в группе ПФТ — по восьми, в группе комплексной терапии — по двенадцати (см. таблицу). Уже из количества показателей, подвергшихся изменениям на фоне лечения, можно сделать заключение о наибольшей эффективности комплексной терапии, включающей ПФТ и БОС-тренинг.

В группе СТ статистически значимое снижение коснулось тревожно-депрессивной симптоматики (выраженность тревожного и депрессивного синдромов по КШ, баллы по шкалам тревоги Спилбергера и депрессии Бека), однако значимость этих изменений несколько ниже, чем в группе ПФТ. Кроме того, в группе СТ обнаруживаются также изменения показателей, которые могут быть оценены, скорее, негативно: снижение по шкале «гипомания» СМОЛ.

По результатам применения ПФТ зафиксирована явственная редукция тревожно-депрессивной и

астено-ипохондрической симптоматики – наиболее значимые сдвиги обнаружены по выраженности тревожного, депрессивного, неврастенического и ипохондрического синдромов, а также по шкалам депрессии Бека и реактивной тревоги Спилбергера.

В группе сочетанной терапии (ПФТ+БОС) наиболее значимому снижению подверглись показатели тревожно-депрессивного и астено-ипохондрического круга: депрессия по КШ, Шкале депрессии Бека, СМОЛ; тревога по КШ, шкалам реактивной и личностной тревоги Спилбергера; ипохондрия по КШ и СМОЛ; обсессивно-фобический и неврастенический синдромы по КШ, шкала «психастения» СМОЛ. Отдельно следует отметить повышение по шкале «гипомания» СМОЛ, что говорит о повышении настроения и улучшении эмоциональной экспрессии.

Обращает на себя внимание явственное сходство структуры изменений, состояния больных на фоне лечения в группах ПФТ и сочетанной терапии, состоящих, прежде всего, в редукции тревожно-депрессивной и астено-ипохондрической симптоматики.

В то же время следует отметить и показатель, значимость изменений по которому при использовании сочетанной терапии оказалась существенно ниже, чем при использовании ПФТ: шкала «паранойальные изменения», изменения по которой при использовании комплексной терапии не достигли статистической значимости. Кроме того, значимость изменений в выраженности тревожного, обсессивно-фобического и ипохондрического синдромов при использовании сочетанной терапии оказалась несколько ниже, чем при использовании ПФТ. По всей видимости, такие различия говорят о том, что взаимное потенцирование ПФТ и БОС при лечении пациентов с НТН носит хотя и выраженный, но всё же не абсолютный характер.

Таким образом, полученные результаты дают весомые основания говорить о высокой эффективности сочетанной терапии у больных с НТН, включающей в себя ПФТ и БОС, по сравнению с традиционной стандартной терапией, так и с сочетанием традиционной и психофармакологической терапии.

## РЕЗЮМЕ

Для оценки эффективности психокоррекции у больных невралгией тройничного нерва с аффективными расстройствами проведено обследование 49 больных (средний возраст  $44,6 \pm 6,8$  лет), на основе Визуальной аналоговой шкалы боли, Клинической шкалы, шкалы депрессии Бека, шкалы тревоги Спилбергера. Установлено, что у больных НТН сочетанное применение ПФТ и БОС способствует повышению

качества жизни и лучшему сотрудничеству врача и пациента в процессе лечения. Эффективность комплексной терапии, включающей в себя ПФТ и БОС-тренинг, превосходит не только базовую терапию, но и ПФТ.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. - М.: Медпресс 1999. - С. 364.
2. Карлов В.А., Савицкая О.Н., Вишнякова М.А. Невралгия тройничного нерва. М.: Медицина, 1989. - 151с.
3. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания. М.: Медицина, 1997 – 368 с.
4. Platania N. Concurrent trigeminal and glossopharyngeal neuralgia. //J. Neurosurg. Sci. 1997; V3: 303-307.

*Диаграмма.*

Удельный вес пациентов-респондеров и нереспондеров в группах комплексной терапии (ПФТ+БОС), ПФТ и СТ



*Таблица.*

Сравнение структуры статистически значимых изменений клинико-психологических показателей в терапевтических группах.

	ПФТ+БОС	ПФТ	СТ
тревожный синдром	-2,414[a]	-3,987[a]	-2,000[a]
обсессивно-фобический синдром	-2,041[a]	-2,121[a]	,000[b]
ипохондрический синдром	-2,714[a]	-3,494[a]	-,577[a]
неврастенический синдром	-3,286[a]	-4,072[a]	-1,732[a]
депрессивный синдром	-3,681[a]	-3,923[a]	-2,000[a]
ипохондрия СМОЛ	-3,774[a]	-1,552[a]	-,259[a]
депрессия СМОЛ	-3,421[a]	-1,345[a]	-1,785[c]
паранойальные изменения СМОЛ	0,002[b]	-2,074[a]	-1,848[c]
психастения СМОЛ	-3,385[a]	-1,492[a]	-1,813[c]
гипомания СМОЛ	-3,632[c]	-,829[a]	-2,421[a]
личностная тревожность	-3,410[a]	-1,683[a]	-2,362[a]
реактивная тревога	-3,896[a]	-2,369[a]	-2,366[a]
депрессия по Беку	-3,688[a]	-4,018[a]	-4,031[a]

a Используются положительные ранги.

b Сумма отрицательных рангов равна сумме положительных рангов.

c Используются отрицательные ранги.

снижение показателя
повышение показателя