

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00790&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00790. Невралгія трійчастого нерва та інші види болю в області обличчя

Автор: Maija Haanpää
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-09-01

Невралгія трійчастого нерва

Основні положення

- Невралгія трійчастого нерва характеризується пароксизмами інтенсивного болю, схожого на удар електричним струмом, у половині обличчя в ділянці іннервації однієї або двох гілок трійчастого нерва.
- Якщо не виявлено інших захворювань і не знайдено причин при нейровізуалізації, невралгія трійчастого нерва вважається ідіопатичною.
- Карбамазепін являється препаратом першої лінії терапії.
- У деяких пацієнтів симптоми регресують впродовж декількох місяців, таким чином дози препаратів можна поступово зменшувати після досягнення клінічного ефекту.

Симптоми

- Між пароксизмами больові відчуття повністю відсутні (фаза ремісії), але в активній фазі біль провокується дотиком до певних ділянок обличчя (тригерні зони) або під час їжі. Кожен новий епізод болю може викликатись після так званого рефрактерного періоду, який може тривати від декількох секунд до кількох хвилин.
- Біль є короткочасним та дуже гострим, схожим на удар або укол голкою. Інколи біль може бути тривалим.
- У разі ідіопатичної невралгії трійчастого нерва немає стійкого неврологічного дефіциту
- У найгірших випадках невралгії трійчастого нерва, біль може призвести до того, що пацієнт не може вмити обличчя чи почистити зуби, розмовляти та навіть їсти чи пити.

Причини та діагностика

- У випадку ідіопатичної невралгії трійчастого нерва немає основного захворювання чи судинної компресії трійчастого нерва, що можуть викликати даний стан. До цієї групи належать близько 10% пацієнтів. У більшості пацієнтів виникнення симптомів можна пояснити судинною компресією трійчастого нерва в ділянці стовбура мозку.
- Симптоматичну невралгію трійчастого нерва, на відміну від ідіопатичної, можуть викликати певні захворювання, наприклад розсіяний склероз (РС) або пухлина стовбура головного мозку.

Класифікація

1. Потенційна невралгія трійчастого нерва: біль з однієї сторони обличчя, схожий на удар електричним струмом, локалізований в ділянці іннервації гілки трійчастого нерва.
2. Клінічно підтверджена невралгія трійчастого нерва: біль з однієї сторони обличчя, схожий на удар електричним струмом, локалізований в ділянці іннервації гілки трійчастого нерва; може викликатися типовими подразниками (наприклад, подувом вітру, дотиком, їжею, роботою м'язів).

3. Ідіопатична невралгія трійчастого нерва з підтвердженою причиною: додатково до критеріїв пункту 2 на МРТ виявлено судинну компресію трійчастого нерва; пов'язана з морфологічними змінами за ходом трійчастого нерва (потребує використання техніки 3D-реконструкції).
4. Вторинна невралгія трійчастого нерва: додатково до критеріїв з пункту 2 на МРТ виявлено вогнище розсіяного склерозу або пухлину, що викликають невралгію трійчастого нерва.

Лікування [доказ L06936 | C] [доказ L06260 | C] [доказ L05469 | A]

- Препаратом вибору являється карбамазепін [доказ L04778 | D], доза якого залежить від клінічної відповіді
- Якщо від карбамазепіну спостерігаються побічні реакції (відчуття втоми, запаморочення) або існує необхідність використання препаратів, з якими він взаємодіє, то альтернативою може бути окскарбазепін. Це похідний препарат карбамазепіну, що краще переноситься. У випадку невралгії трійчастого нерва окскарбазепін однаково ефективний порівняно з карбамазепіном.
- Початкова доза карбамазепіну становить 100 мг 2 рази на день, окскарбазепіну — 150 мг 2 рази на день. Дозу можна підвищувати до 1200 мг/добу та до 1800 мг/добу відповідно.
- На початку лікування потрібно контролювати рівень формених елементів крові та показники функції печінки. У разі появи ознак передозування карбамазепіном (запаморочення, втома, диплопія або ністагм) потрібно визначати концентрацію препарату в крові.
- Враховуючи те, що при невралгії трійчастого нерва може відбутись спонтанна ремісія після кількох місяців лікування, потрібно спробувати зменшити дозу препарату.
- Якщо невралгія рефрактерна до карбамазепіну та окскарбазепіну, то пацієнта потрібно направити до спеціалізованих відділень (неврологія або нейрохірургія) для проведення терапевтичної оцінки. Зазвичай, використовують нейрохірургічні методи лікування, а саме: коагуляцію вузла трійчастого нерва або мікроваскулярну декомпресію, тобто мікрохірургічне усунення стиснення трійчастого нерва невеликою артерією, що проходить поруч [доказ L06288 | D].
- Якщо карбамазепін та окскарбазепін неефективні або погано переносяться, а пацієнт відмовляється від операції, можна спробувати застосувати інші препарати.

- Доведено, що ефективним може бути призначення ламотриджину в комбінації з карбамазепіном [Доказ 05603 | B] (зверніть увагу: підвищення дози збільшує ризик появи висипу на шкірі).
- Також для лікування невралгії трійчастого нерва ефективним може бути баклофен. Дозу можна збільшувати до 80 мг/добу.
- У якості альтернативи можуть використовуватись фенітоїн, клоназепам, вальпроєва кислота, габапентин та прегабалін, однак доказів їхньої ефективності немає.
- У разі важких загострень можна спробувати застосувати фосфенітоїн внутрішньовенно, хоча його ефективність не доведена рандомізованими контрольованими дослідженнями. Після інфузій переходять на пероральний прийом, підвищуючи дозу до ефективної та водночас такої, що добре переноситься.

Коментар експерта. Лікарський засіб фосфенітоїн станом на 12.03.2019 в Україні не зареєстрований

- Якщо одного препарату недостатньо, а пацієнт відмовляється від операції, йому призначається комбінація декількох препаратів з різним механізмом дії
- Терапію ботулінічним токсином А (25-100 одиниць) можна спробувати при невралгії трійчастого нерва, рефрактерної до препаратів першої лінії.

Інші види болю обличчя

Інші види невропатичного болю обличчя

- Інший вид невропатичного болю обличчя може бути викликаний ушкодженням гілки трійчастого нерва, що призводить до виникнення невропатичного болю. Біль зазвичай тривалий та пекучий, але інколи пацієнт може відчувати біль, схожий на удар електричним струмом.
- Найчастішими причинами невропатичного болю обличчя можуть бути травми або наслідки хірургічних втручань (наприклад, ушкодження супраорбітального нерва, як наслідок трепанації фронтальної пазухи за Беком); також існує постгерпетична невралгія [Настанова 00017 | Оперізуючий герпес].

- Біль також може виникати після порушення мозкового кровообігу (так званий центральний постінсультний біль). У таких пацієнтів біль та порушення чутливості не завжди обмежується ділянкою обличчя.
- Уважне дослідження чутливості на обличчі та нейрофізіологічне обстеження допомагає виявити патологію.
- Якщо у пацієнта виявлено невропатичний біль в області обличчя невідомої етіології, його потрібно спрямувати до невролога для подальшого обстеження.

Інші види болю в області обличчя

- Гострий біль обличчя найчастіше викликається синуситом або мас одонтогенне походження. Причиною може бути ушкодження системи жувальних м'язів; також біль може іррадіювати з передньої поверхні шиї (наприклад тиреоїдит) або з задньої частини шиї (наприклад біль голови напруги).
- Так званий атипичний лицевий біль, а саме персистуючий (або хронічний) ідіопатичний лицевий біль (ПІЛБ) є набагато частішою причиною тривалого болю в області обличчя, ніж невралгія трійчастого нерва.
 - Біль зазвичай тривалий та тупий. Він не обмежується половиною обличчя та не залежить від дерматому.
 - Біль може викликатись оперативними втручаннями на приносних пазухах або стоматологічними маніпуляціями (хоч і не являється їхнім ускладненням), також може бути спричинений інфекційним процесом або стресом.
 - ПІЛБ найчастіше виникає в жінок середнього віку. Пацієнти зазвичай страждають від психологічного стресу.
- Клінічне обстеження пацієнта з болем обличчя включає дослідження зубів, жувальних м'язів, скронево-нижньощелепних суглобів, шийного відділу хребта та м'язів шиї і плечового пояса. Також бажано оглянути вуха, ніс, горло, очі та передню поверхню шиї.
- У випадку підозри на невропатичний біль необхідно провести огляд невролога, а саме ретельне обстеження черепно-мозкових нервів.
- Пацієнти з інтенсивним та прогресуючим болем обличчя потребують подальшого обстеження в спеціалізованих відділеннях, а саме відділенні щелепно-лицевої хірургії, неврологічному відділенні або в спеціалізованій клініці болю, відповідно до рекомендацій локальних практичних настанов.

- Потрібно також розглядати можливість виникнення кластерного головного болю [настанова 00793 | Кластерний головний біль...].

Лікування

Інші види невропатичного лицевого болю

- У лікуванні невропатичного болю в ділянці обличчя потрібно дотримуватися усіх основних принципів лікування інших видів невропатичного болю [настанова 00495 | Діабетична нейропатія] [настанова 00017 | Оперізуючий герпес].
- Препаратами першої лінії для лікування невропатичного болю є габапентин, прегабалін, трициклічні антидепресанти та антидепресанти з групи СІЗЗС.

Персистуючий ідіопатичний лицевий біль (ПІЛБ)

- ПІЛБ, зазвичай, лікується антидепресантами. Використовують трициклічні антидепресанти в малих дозах або венлафаксин в таких самих дозах, як і при лікуванні депресії.

Інші види болю в області обличчя

- Лікування визначається залежно від причини болю. У випадку підозри на біль, спричинений порушенням прикусу або проблемами із зубами, пацієнт направляється на обстеження до стоматолога.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00178 | Trigeminal neuralgia and...]
- Література [пов'язані 00178 | Trigeminal neuralgia and...]

Джерела інформації

- R1. Morra ME, Elgebaly A, Elmaraezy A et al. Therapeutic efficacy and safety of Botulinum Toxin A Therapy in Trigeminal Neuralgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Headache Pain 2016;17(1):63. [PubMedID|27377706]
- R2. Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS et al. Trigeminal neuralgia: New classification and diagnostic grading for practice and research. Neurology 2016;87(2):220-8. [PubMedID|27306631]
- R4. Zakrzewska JM, Linskey ME. Trigeminal neuralgia. BMJ 2014;348():g474. [PubMedID|24534115]
- R3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). The

International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 629–808.

R5. 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(15):1183-90. [\[PubMedID|18716236\]](#)

Настанови

- [Настанова 00017](#). Оперізуючий герпес.
- [Настанова 00793](#). Кластерний головний біль (синдром Хортонa).
- [Настанова 00495](#). Діабетична нейропатія.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06936](#). Psychosocial interventions for chronic orofacial pain.
Дата оновлення: 2012-01-12
Рівень доказовості: C
Резюме: Psychosocial interventions may be effective for chronic orofacial pain.
- [Доказовий огляд 06260](#). Antipsychotics for acute and chronic pain.
Дата оновлення: 2008-12-03
Рівень доказовості: C
Резюме: Antipsychotics may be used as an add-on therapy for treatment resistant pain. Adverse effects, especially the extrapyramidal and sedating effects, have to be considered.
- [Доказовий огляд 05469](#). Opioids for chronic non-cancer pain.
Дата оновлення: 2010-09-14
Рівень доказовості: A
Резюме: Opioids are effective for neuropathic and musculoskeletal pain in the short term, but few patients continue with them in the longer term.
- [Доказовий огляд 04778](#). Carbamazepine for acute and chronic pain.
Дата оновлення: 2014-06-06
Рівень доказовості: D
Резюме: Carbamazepine might possibly be effective for chronic neuropathic pain, such as trigeminal neuralgia and diabetic neuropathy, but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 06288](#). Surgical modalities for trigeminal neuralgia.
Дата оновлення: 2011-11-09
Рівень доказовості: D
Резюме: Microvascular decompression seems effective in trigeminal neuralgia, although the evidence is insufficient. There is little evidence for the efficacy of other neurosurgical procedures.
- [Доказовий огляд 05603](#). Lamotrigine for acute and chronic pain.
Дата оновлення: 2011-04-18
Рівень доказовості: B
Резюме: Lamotrigine appears not to be beneficial in chronic pain conditions and neuropathic pain.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00790 Ключ сортування: 036.076 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-09-01

Автор(и): Maija Haanpää Автор(и) попередніх версій статті: Kati Juva Редактор(и): Sari Atula
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Neurology

Ключові слова індексу
mesh: Facial Pain mesh: atypical facial pain mesh: Neuralgia mesh: Trigeminal Neuralgia mesh: Carbamazepine
icpc-2: N92 speciality: Neurology