Impact Factor: 5.682

ISSN: 2181-0982
DOI: 10.26739/2181-0982
tadqiqot.uz/neurology

JNNR

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH

VOLUME 2, ISSUE 1
2020

ISSN 2181-0982

Doi Journal 10.26739/2181-0982

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 2 НОМЕР 1

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH

VOLUME 2, ISSUE 1

ТОШКЕНТ-2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ НЕВРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Бухарский государственный медицинский институт и tadqiqot.uz

Главный редактор:

Ходжиева Дилбар Таджиевна
доктор медицинских наук, доцент
заведующая кафедрой неврологии Бухарского государственного медицинского института.

Зам. главного редактора:

Хайдарова Дилдора Кадировна
доктор медицинских наук, доцент кафедры неврологии Бухарского государственного медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-4980-6158

Рецензируемый
научно-практический журнал
"Журнал неврологии
и нейрохирургических исследований"
Публикуется 4 раза в год
№1 (02), 2021
ISSN 2181-0982

Адрес редакции:
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/;
Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Макет и подготовка к печати проводились в редакции журнала.

Дизайн - оформления:
Хуршид Мирзахмедов

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и
информации г. Ташкента Рег. №
от 01.07.2020 г.

"Неврологии и нейрохирургических исследований" 1/2021

Электронная версия журнала на сайтах:
https://tadqiqot.uz
www.bsmi.uz

Редакционная коллегия:

Иноятов Амрилло Шодиевич - доктор медицинских наук, профессор, первый заместитель министра здравоохранения.

Нуралиев Неккадам Абдуллаевич - д. м. н.,профессор, иммунолог, микробиолог, проректор по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института.

Кариев Гайрат Маратович – Директор Республиканского Научного Центра нейрохирургии Узбекистана, д. м. н., профессор.

Федин Анатолий Иванович - д. м. н., заведующий кафедрой неврологии факультета дополнительного профессионального образования, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, профессор, заслуженный врач РФ.

Маджидова Екутхон Набиевна - д. м. н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, детской неврологии и медицинской генетики Ташкентского педиатрического медицинского института

Рахимбаева Гулнора Саттаровна - д. м. н., профессор, заведующая кафедрой нервных болезней Ташкентской медицинской академии.

Джурабекова Азиза Тахировна – д. м. н., профессор, заведующая кафедры неврологии и нейрохирургии Самаркандского государственного медицинского института.

Хайдаров Нодиржон Кадирович – д. м. н., ректор Тошкентского государственного стоматологического института

Чутко Леонид Семенович - д. м. н.,заведующий лабораторией коррекции психического развития и адаптации руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой (Санкт-Петербург).

Шамансуров Шаанвар Шамуратович - профессор, главный детский невролог Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, председатель Ассоциации детских неврологов РУз, заведующий кафедрой детской неврологии Ташкентского Института Усовершенствования врачей.

Дьяконова Елена Николаевна - д. м. н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии института последипломного образования Федерального бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия».

Труфанов Евгений Александрович – д. м. н., профессор кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика.

Норов Абдурахмон Убайдуллаевич – д. м. н., профессор кафедры нейрохирургии Ташкентского института усовершенствования врачей. Заместитель директора Республиканского специализированного научно- практического центра нейрохирургии.

Мамадалиев Абдурахмон Маматкулович - д. м. н., профессор, заведующий курса нейрохирургии Самаркандского государственного медицинского института.

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна – д. м. н.,профессор кафедры неврологии и нейрохирургии Самаркандского государственного медицинского института.

Давлатов Салим Сулаймонович - Начальник отдела надзора качества образования, доцент кафедры «Факультетской и госпитальной хирургии, урологии» Бухарского государственного медицинского института

Саноева Матлюба Жахонкуловна - д. м. н., доцент кафедры нервных болезней, Ташкентской медицинской академии.

Уринов Мусо Болтаевич - д. м. н., доцент кафедры неврологии Бухарского государственного медицинского института.

Киличев Ибодулла Абдуллаевич – д. м. н., профессор кафедры "Нервных и психических болезней" Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.

Нарзуллаев Нуриддин Умарович – д. м. н.,доцент кафедры оториноларингологии и офтальмологии Бухарского государственного медицинского института.

Нуралиева Хафиза Отаевна - кандидат медицинских наук, доцент заведующий кафедры медицинских и биологических наук, Тошкентского фармацевтического института

Саидов Гафур Нормуродович - кандидат медицинских наук, Начальник управления здравоохранения хокимията Бухарской области.

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
PUBLIC ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS OF UZBEKISTAN

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGICAL RESEARCH

Bukhara State Medical Institute and tadqiqot.uz

Chief Editor:

Hodjieva Dilbar Tagieva
doctor of medical Sciences,
associate Professor, head of
the Department of neurology,
Bukhara state medical Institute.

Deputy editor-in-chief:

Khaydarova Dildora Kadirovna
doctor of medical Sciences,
associate Professor of the Department of
neurology of the Bukhara state medical Institute.
ORCID ID: 0000-0002-4980-6158

Peer-reviewed scientific and practical journal "Journal of Neurology and Neurosurgical Research"
Published 4 times a year
#1 (02), 2021
ISSN 2181-0982

Editorial address:
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/;
Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Layout and preparation for printing held in the editorial office of the journal.

Design – pagemaker:
Khurshid Mirzakhmedov

Journal is registered at the Office of Press and Information Tashkent city, Reg. No. July 1, 2020

"Neurology and neurosurgical research" 1/2021

Electronic version of the Journal on sites:
www.tadqiqot.uz,
www.bsmi.uz

Editorial team:

Inoyatov Amrillo Shodievich - doctor of medical Sciences, Professor, first Deputy Minister of health.

Nuraliev Nekkadam Abdullaevich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Immunologist, Microbiologist, Vice-Rector for Research and Innovation of the Bukhara State Medical Institute.

Kariev Gayrat Maratovich - Director of the Republican Scientific Center for Neurosurgery of Uzbekistan, Doctor of Medicine, Professor.

Anatoly Ivanovich Fedin - Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Neurology, Faculty of Continuing Professional Education, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogova, professor, Honored Doctor of the Russian Federation.

Madjidova Yokutxon Nabievna - Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Neurology, Pediatric Neurology and Medical Genetics, Tashkent Pediatric Medical Institute

Rakhimbaeva Gulnora Sattarovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Nervous Diseases of the Tashkent Medical Academy.

Djurabekova Aziza Taxirovna - Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery of the Samarkand State Medical Institute.

Khaydarov Nodirjon Kadirovich - Doctor of Medicine, Rector of Toshkent State Dental Institute

Chutko Leonid Semenovich - Doctor of Medicine, Head of the Laboratory for Correction of Mental Development and Adaptation, Head of the Center for Behavioral Neurology of the Institute of Human Brain named after N.P. Bekhtereva (St. Petersburg).

Shamansurov Shaanvar Shamuratovich – professor, chief pediatric neurologist of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, chairman of the Association of Pediatric Neurologists of the Republic of Uzbekistan, head of the department of pediatric neurology of the Tashkent Institute of Advanced Medical Doctors.

Dyakonova Elena Nikolaevna - Doctor of Medicine, professor of the Department of Neurology and Neurosurgery of the Institute of Postgraduate Education of the Federal Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ivanovo State Medical Academy».

Trufanov Evgeniy Aleksandrovich - Doctor of Medicine, Professor, Department of Neurology and Reflexotherapy, National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupika.

Norov Abdurakhmon Ubaydullaevich - Doctor of Medicine, professor of the Department of Neurosurgery of the Tashkent Institute for Advanced Medical Studies. Deputy Director of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Neurosurgery.

Mamadaliev Abdurakhmon Mamatkulovich - Doctor of Medicine, Professor, Head of the Neurosurgery Course at Samarkand State Medical Institute.

Abdullaeva Nargiza Nurmamatovna - Doctor of Medicine, professor of the Department of Neurology and Neurosurgery of the Samarkand State Medical Institute.

Salim Sulaimonovich Davlatov-Head of the Department of education quality supervision, associate Professor of the Department of Faculty and hospital surgery, urology, Bukhara state medical Institute

Sanoeva Matlyuba Jakhonkulovna - Doctor of Medicine, Associate Professor of the Department of Nervous Diseases, Tashkent Medical Academy.

Urinov Muso Boltaevich - Doctor of Medicine, Associate Professor, Department of Neurology, Bukhara State Medical Institute.

Kilichev Ibodulla Abdullaevich - Doctor of Medicine, professor of the Department of Nervous and Mental Diseases of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy.

Narzullaev Nuriddin Umarovich - Doctor of Medicine, associate professor of the Department of Otorhinolaryngology and Ophthalmology, Bukhara State Medical Institute.

Nuralieva Hafiza Otayevna-candidate of medical Sciences, associate Professor head of the Department of medical and biological Sciences, Toshkent pharmaceutical Institute

Saidov Gafur Normurodovich-candidate of medical Sciences, Head of the health Department of the Bukhara region Administration.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Djurabekova Aziza, G'aybiev Akmal, Fattayeva Dildora, Igamova Saodat
DIABETIK POLINEVROPATIYASI BO`LGAN BEMORLARDA PERIFERIK NERV SISTEMASI ZARARLANISHINING XARAKTERLARI……..…..6

2. Djurabekova Aziza, Ergasheva Maftuna, Igamova Saodat
BO`YIN UMURTQALARI TUG`MA JAROHATLARI BO`LGAN BOLALARDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINING O`ZIGA XOS XUSUSIYATLARI……..….10

3. Djurabekova Aziza, Ergashev Suhrob, Igamova Saodat
TURETTA SINDROMINING KLINIK VA NEVROLOGIK XUSUSIYATLARI (Kengaytirilgan tadqiqot maqolasi)……..13

4. Djurabekova Aziza, Vaseyeva Umida, Igamova Saodat
YOSH BOLALARDA GAPLARNING BOSHQALARINING NEVROSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI……...16

5. Муминов Мурод, Мустафоев Насибий, Назимов Жасур, Мирзаев Умид
ОСТРЫЙ РАДИКУЛОИШЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ДИСКОГЕННОГО ГЕНЕЗА НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ……19

6. Насриддинова Шахноза, Хайдарова Дилдора, Ихтиярова Гулчехра
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ КАРАНТИННЫХ МЕР COVID-19 НА МАТЕРЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ……...25

7. Касымова Сайёра, Рустамова Ирода, Рахматуллаева Насиба
БОЛЕЗНЬ ФАРА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)……..…..29

8. Ходжиева Дилбар, Бобокулов Гулмурод, Хайдарова Дилдора
ИНСУЛЬТ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИДА ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ МЕЗОНЛАРИ……...31

9. Khaydarova Dildora, Egamov Dadajon
FIBROMYALGIA SYNDROME: CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT…….....35

10. Камалова Малика, Хайдаров Нодиржон
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОБСЛЕДОВАННОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ…….38

11. Мамурова Мавлуда, Джурабекова Азиза, Игамова Саодат
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА (Р-300) У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ……..…41

12. Матмуродов Рустамбек, Мирзаева Наргиза, Киличев Ибадулла
ЕНГИЛ БОШ МИЯ ЖАРОҲАТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК, НЕЙРОПСИХОЛОГИК БУЗИЛИШЛАРНИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИК ВА НЕЙРОВИЗУАЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ БИЛАН СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ……..…46

13. Мирзаев Алишер, Кариев Гайрат, Ахмедиев Махмуд, Бердиев Дилшод
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ДО И ПОСЛЕ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ……...50

14. Ходжиева Дилбар, Шодмонова Сидика, Хайдарова Дилдора
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА……...59

15. Khaydarova Dildora, Bozorov Uktam
DYNAMICS OF NEUROLOGICAL DISORDERS IN THE TREATMENT OF HERNIATED DISC OF THE LUMBOSACRAL LEVEL IN THE PRE- AND POSTOPERATIVE PERIOD…….…...64

16. Зуфарова Шахноза, Ходжиева Дилбар, Ходжаева Фотима
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ……67

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH
ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УД К: 612.013-21.4; 616.833.15-009.7 - 001.11

Мирзаев Алишер Умирзокович
Кариев Гайрат Маратович
Ахмедиев Махмуд Мансурович
Бердиев Дилшод Очилович
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии,
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Медико-санитарный отдел
Государственного предприятия «Навоийский горно-металлургический комбинат»,
Навоийский Областной многопрофильный медицинский центр Узбекистан

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ДО И ПОСЛЕ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

http://dx.doi.org/10.26739/2181-0982-2021-1-13

АННОТАЦИЯ

В настоящей статье представлены методы исследования качества жизни 408 пациентов с невралгией тройничного нерва, подверженных хирургическому лечению методом микроваскулярной декомпрессии корешка нерва ретросигмовидным доступом. Оценка качества жизни указанных пациентов произведена в до и послеоперационном периодах при помощи опросников MOS SF-36, Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и краткого опросника боли McGill Pain Questionnaire, прошедших стандартную процедуру валидации.

Ключевые слова: невралгия, тройничный нерв, хирургическое лечение, качество жизни.

Mirzaev Alisher Umirzoqovich
Kariev G'ayrat Maratovich
Ahmediev Mahmud Mansurovich
Berdiev Dilshod Ochilovich
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Neurosurgery,
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Medical and sanitary department
of the State Enterprise "Navoi Mining and Metallurgical Plant",
Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, Uzbekistan

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH TRIGEMINAL NEURALGIA BEFORE AND AFTER MICROVASCULAR DECOMPRESSION

ABSTRACT

This article presents the methods of studying the quality of life of 408 patients with trigeminal neuralgia who are subject to surgical treatment by microvascular decompression of the nerve root with retro-sigmoid access. Evaluation of the quality of life of these patients was made in the pre- and postoperative periods, as well as in the follow-up using the MOS SF-36 questionnaires, the EuroQol-5D European Quality of Life Questionnaire and the McGill Pain Questionnaire brief pain questionnaire, which passed the standard validation procedure.

Key words: neuralgia, trigeminal nerve, surgical treatment, quality of life

Mirzaev Alisher Umirzoqovich
Kariev G'ayrat Maratovich
Ahmediev Mahmud Mansurovich
Berdiyev Dilshod Ochilovich
Respublika ixtisoslashtirilgan neyroxirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi;
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;
"Navoiy kon-metallurgiya kombinati" davlat korxonasining tibbiy-sanitariya boshqarmasi, Navoiy viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazi, O'zbekiston

UCH SHOHLI NERV NEURALGIYASI BU'LGAN BEMORLARDA MIKROVASKULYAR DECOMPRESSIONADAN OLDIN VA KEYINGI TURMUSH SIFATI

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada retrosigmoid yondashuv yordamida asab ildizini mikrovaskulyar dekompressiya usuli bilan jarrohlik davolashga uchragan trigeminal nevralgiya bilan og'rigan 408 bemorning hayot sifatini o'rganish usullari keltirilgan. Ushbu bemorlarning hayot sifati operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda MOS SF-36 so'rovnomalari, EuroQol-5D Evropa hayot sifati bo'yicha so'rovnomasi va McGill Pain anketasi yordamida baholandi, ular standart tasdiqlash protsedurasidan o'tdi.

Kalit so'zlar: nevralgiya, trigeminal asab, jarrohlik davolash, turmush sifati.

По данным исследователей, этиологическим фактором невралгии тройничного нерва (НТН) в 94% наблюдений является сдавление корешка тройничного нерва мозжечковыми артериями и другими сосудами в задней черепной ямке [1, 2].

Наиболее современным методом хирургического лечения НТН является микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва ретросигмовидным доступом [3, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15].

В настоящее время качество жизни (КЖ) больного является важным, а в некоторых ситуациях - основным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях. Качество жизни отражает влияние заболевания и лечения на благополучие пациента и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения [4, 5, 6, 10, 11].

Для полноты оценки КЖ пациентов с НТН целесообразно применение опросников, оценивающих общее состояние, степень тяжести заболевания и определяющих интенсивность болевого синдрома [6].

Цель исследования

Изучение качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва после хирургического лечения методом микроваскулярной декомпрессии корешка в до и послеоперационном периодах.

Материалы и методы

Представлен анализ результатов наблюдения 408 больных с невралгией тройничного нерва до и после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва за период 2012-2018 гг.

Больные обследовались клинически, включая осмотры специалистов и рентгенологические исследования. Во время операции для устранения нервно-сосудистого конфликта применялись кусочек мышцы и фасции в качестве прокладочного материала. Конечные результаты лечения оценивались после оперативного вмешательства перед выпиской из стационара по наличию выраженных неврологических нарушений, возможных осложнений, оценивая интенсивность болевого синдрома и качества жизни по стандартным и разработанным нами опросникам.

Качество жизни оценивалось до и после хирургического лечения по опросникам MOS SF-36, Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и краткому опроснику боли McGill Pain Questionnaire, прошедшие стандартную процедуру валидации.

Результаты и обсуждение

У всех изученных 408 больных с невралгией тройничного нерва в зависимости от числа пострадавших ветвей, наличия сопутствующих заболеваний, типа предшествующего лечения, клиническая картина при поступлении в клинику была различной. Поэтому нами все 408 пациентов с невралгией тройничного нерва были разделены на группы в зависимости от анамнеза заболеваемости и ранее полученных методов лечения, а также наличия сопутствующей соматической патологии: первая группа – 230 пациентов (56,4%): до поступления в клинику перенесшие различные виды хирургических методов лечения по поводу невралгии тройничного нерва; вторая группа - 178 пациентов (43,6%): до поступления в клинику ранее не получавшие хирургического лечения, и пролеченные консервативно.

Возраст больных с НТН составил от 20 до 99 лет с преимуществом пациентов (41,2%) от 46 до 60 лет, пациенты женщины преобладали над мужчинами более, чем в 1,5 раза (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов с НТН по возрасту и полу

Возрастные группы	Пол				Число больных	
	муж	%	жен	%	абс.	%
25-35 лет	16	9,9	11	4,5	27	6,6
36-45 лет	31	19,3	48	19,5	79	19,4
46-60 лет	68	42,2	100	40,7	168	41,2
60-74 лет	40	24,8	83	33,7	123	30,1
75-89 лет	6	3,7	4	1,6	10	2,5
90 лет и старше	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Итого	161	39,5	246	60,3	407	99,8
Примечание:	* - 1 больной – мужчина в возрасте до 25 лет; отличия показателей статистически достоверны (P<0,0004)					

Поскольку боль при тригеминальной невралгии - основной из клинических симптомов, мы анализировали ее проявления в ходе исследования. Основным диагностическим признаком невралгии тройничного нерва у всех анализированных пациентов являлась боль, которая продолжались не более 1-2 минут, а иногда по несколько секунд. Она начиналась в определенной точке и была чаще стреляющего характера, иррадиировала в зону иннервации пораженной ветки тройничного нерва с одной стороны. Все больные при поступлении указывали одну из основных причин обращения – интенсивную и нестерпимую боль, не дающую возможность чувствовать себя здоровым как физически, так и эмоционально.

Основными факторами, спровоцировавшими возникновение болевого синдрома, были лечение, удаление, протезирование зубов, что составило 127 (31,1%) обратившихся пациентов, небольшая часть - после осложнений от перенесенных ЛОР и неврологических заболеваний, а также в результате стресса, переохлаждения и т.п.

В других случаях из 408 наблюдаемых нами пациентов, лечившихся ранее амбулаторно или в стационаре, для избавления

от мучительной боли более половины пациентов получали блокады лекарственными средствами либо спиртом - 211 (51,7%), перенесли экзерезы периферических ветвей тройничного нерва - 67 (16,4%) и/или микроваскулярную декомпрессию корешка тройничного нерва – 11 (2,7%). Но рецидив болевого синдрома у них начинался спонтанно после ремиссии длительностью от нескольких часов/дней или недель до нескольких лет.

Основным диагностическим признаком невралгии тройничного нерва у всех анализированных пациентов являлась интенсивная и нестерпимая боль, которая продолжалась не более 1-2 минут, а иногда по несколько секунд. Она начиналась в определенной точке и была чаще стреляющего характера, иррадиировала в зону иннервации пораженной ветви тройничного нерва с одной стороны не давала возможности пациентам чувствовать себя здоровыми как физически, так и эмоционально.

Анализ наших результатов клинического осмотра и данных инструментального обследования показал, что по стороне поражения у 280 (68,6%) пациентов отмечалась невралгия тройничного нерва справа, у 126 (30,9%) - слева и в 2 (0,5%) наблюдениях - с двух сторон, то есть, правосторонняя невралгия встречалась чаще левосторонней более, чем в 2 раза.

У исследуемых в подавляющем большинстве случаев были поражены две ветви тройничного нерва – 170 (73,9%) пациентов, пациентов с одной пораженной ветвью тройничного нерва было всего 34 (14,8%); при этом с поражением первой ветви – 3 (1,3%), второй – 14 (6,1%) и третьей ветви - 17 (7,4%). Следует отметить, что одновременного сочетания поражения первой и третьей ветвей в нашем исследовании не отмечалось.

Из 408 пациентов 230 (56,4%) лечились до поступления в клинику хирургически (1 группа) и подавляющее большинство из них получили блокады ветвей тройничного нерва - 211 (73,3,7%) пациентов, экзерезы перенесли 65 (22,6%), а МВД - 12 (4,2%). Следует отметить, что в 58 (20,1%) случаях пациенты до поступления в клинику получали хирургическое лечение неоднократно, как в отдельности, так и в сочетании, 23 пациентам хирургическое лечение проводилось врачами стоматологами, челюстно-лицевыми хирургами, а само лечение было либо неэффективным, либо избавляло больных от боли лишь на короткий период.

При выявлении локализации и характера боли было установлено следующее: все изученные нами пациенты предъявляли жалобы на боль в одной из сторон лица - в 313 (76,7%) случаях, в одной или обеих челюстях, как в сочетании, так и изолированно – в 103 (25,2%), реже боль отмечалась в другой части головы - 29 (7,1%) случаев: заушной области, деснах, языке и др.

У подавляющего числа больных отмечалась четкая зависимость возобновления приступов боли, которая усиливалась при жевании, приеме пищи и при разговоре в 380 (93,1%) случаев.

Другими факторами, провоцирующими возникновение боли, были: прикосновение – 34 (8,3%), холод – 20 (4,9%) случаев, чистка зубов – 12 (2,9%), умывание или бритье – 5 (1,2%), открытие рта – 3 (0,7%), дуновение ветра – 2 (0,5%), а также по 1 (0,2%) случаю – чихание и движение головой. Все указанные факторы вызывали пароксизмы у пациентов, воздействуя как по отдельности, так и в совокупности.

Для определения триггерных точек в области лица пациента осуществляли прикосновение пальцем или другим раздражителем (кисточкой, ватным шариком), либо имитировали дуновение ветра с помощью веера или листа бумаги. При этом у больного фиксировали неприятные ощущения или проявление боли в определенных точках, определяемыми, как триггерные. В нашем исследовании число пациентов с наличием триггерных точек составило более половины из всех исследованных - 220 (53,9%), а триггерных зон - 285. Расположение триггерных точек наблюдалось, как в сочетании, так и по отдельности.

Нередко у одного больного выявлялось несколько триггерных точек: всего у 220 (53,9,3%) пациентов выявлено 285 точек, как раздельно, так и в сочетании (78; 19,1%). По размерам они были от 1-2 мм до 1-2 см в диаметре и располагались в основном в носогубной области, – 149 (52,3%) случаев, - более половины всех триггерных точек. Триггерные точки в ментальной области были отмечены в 76 (26,7,1%) случаях и значительно реже в лобно-скуловой области - 27 (9,5%), полости рта – 16 (5,6%) и единично на щеке, околоушной области, шее - всего 8 (2,8%) случаев, а также в точках Валле – 4 случая (1,4%).

В наших наблюдениях из 408 пациентов отмечалось 19 (4,7%) случаев несоответствия триггерных точек зонам иннервации тройничного нерва. Так, например, у 12 (63,2%) пациентов с поражением 2-3 ветвей ТН боль распространялась по 2-3 зонам, а триггерные точки локализовались в лобно-скуловой области. У 2 (10,5%) больных при поражении 2-3 ветвей боль проявлялась в области также 2-3 ветвей, а триггерные точки – в области носа и шеи, у остальных 5 пациентов несоответствие составило по 5,3%, и триггерные точки располагались в области носа, бровей и лобно-скуловой области, при этом поражение и локализация боли по ветвям было также различным.

В некоторых наших наблюдениях в моторную реакцию при приступе невралгии вовлекались мышцы лица/шеи, вызывая их сокращения и подергивания (16 случаев, 3,9%), а в 2 (0,49%) случаях провокация приступа наступала произвольным напряжением мышц верхних конечностей на стороне поражения. Это связано с тем, что многочисленные анастомозы лицевого и ветвей тройничного нерва между собой имеют соединительно-тканную оболочку, способную пропускать через себя нервные импульсы, активируя друг друга. Также в наших наблюдениях имели место 2 случая с непроизвольным подергиванием конечностей на стороне поражения. Это объясняется обратной связью между нервными волокнами, как и при глубокой пальпации точек Керера в области I-II остистых отростков шейных позвонков возникает провокация приступа боли при невралгии с откидыванием головы больного назад и в сторону.

Неврологическая симптоматика присутствовала в основном у пациентов с длительным анамнезом, имевших сопутствующую отягощающую патологию или ранее проведенные хирургические вмешательства.

Из 408 исследованных больных нарушения чувствительности и вегетативных расстройств наблюдали у 235 (57,6,2%), которые были типичными клиническими признаками для невралгии тройничного нерва. Эти изменения могли быть более выраженными в зоне боли, реже - в смежных областях и на здоровой стороне, как отдельно, так и в совокупности. Нарушение чувствительности выявлено у 222 (54,4%) больных, что составило 291 случай (табл. 2).

Таблица 2

Наличие нарушений чувствительности при поступлении, n=222 (54,4%)

Неврологические симптомы	1-ая группа	2-ая группа	Итого случаев, абс	%
Гипестезия	86	66	152	52,2
Гиперестезия	15	5	20	6,9
Анестезия	-	6	6	2,1
Парестезия	53	60	113	38,8
Всего	154	137	291	100,0
%	52,9	47,1	100,0	

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,001)

Как видно из таблицы, у 222 пациентов с различным нарушением чувствительности на лице в 152 (52,2%) случаях гипестезия преимущественно локализовалась в зоне болевого синдрома, парестезии отмечены в 113 (38,8%) случаях. Наличие гиперестезии было выявлено в 20 (6,9%) случаях, при этом она зависела от частоты и тяжести болевого синдрома. Анестезию зарегистрировали лишь в 6 (2,1%) случаях.

Из 222 у 65 (29,3%) пациентов нарушения чувствительности были сочетанными.

Вегетативные расстройства в наших наблюдениях были выявлены у 48 (11,8%) пациента в виде гиперемии, слезотечения и слюнотечения (табл. 3).

Таблица 3

Нарушение вегетативных расстройств у изученных пациентов при поступлении, n=48 (11,8%)

Вегетативные расстройства	1 группа	2 группа	Итого случаев, абс	%
Гиперемия	26	15	41	67,2
Слюнотечение	1	-	1	1,6
Слезотечение	13	6	19	31,1
абс	40	21	61	100,0
%	65,6	34,4		

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,001)

Состояние измененной вегетативной иннервации лица служило прогностическим признаком течения невралгии тройничного нерва, являясь одновременно не только предвестником начинающегося рецидива, но и показателем эффективности проведенного лечения. Эти признаки также были следствием болевого приступа и составляли его как часть приступа, так и самостоятельные клинические проявления невралгии.

Вегетативные нарушения составили 61 случай как в сочетании, так и по отдельности, и наблюдались изредка в виде гиперемии кожи у 41 (67,2%), слезотечения – у 19 (31,1%) и единично слюнотечения - 1 (1,6%) случаев. Все они наблюдались на стороне поражения, и в основном регистрировались у длительно болеюших невралгией тройничного нерва (табл. 3). Из 48 больных с вегетативными расстройствами были отмечены сочетания этих признаков у 13 (31,7%).

При обследовании у пациентов отмечались сопутствующие соматические заболевания, которые, безусловно, оказывали влияние на течение НТН. Так, из 408 у 251 (61,5%) пациентов основному заболеванию сопутствовала соматическая патология, проявляющаяся как изолированно, так и в сочетании. Из общего числа выявленной патологии частота встречаемости других сопутствующих заболеваний составили 322 случая: неврологические заболевания – 106 (32,9%) случаев, терапевтические заболевания - 101 (31,4%), по 7,1% - заболевания сердечно-сосудистой системы, гастроэнтерологические, ЛОР и эндокринные заболевания, и единично от 3,7% до 1,2% - онкологическая, офтальмологическая и нефрологическая патология.

Сопутствующие заболевания той или иной патологии диагностировались в сочетании с другими, либо изолированно, при этом наиболее часто встречающейся оказалась неврологическая патология, а также пациенты с гипертонической болезнью и артериальной гипертензией.

Необходимо отметить тот факт, что наличие соматических заболеваний оказывало существенное влияние на течение клинической картины, подчас отягощая основное заболевание, но никак не влияло на количество поражений ветвей тройничного нерва. Так, у пациентов с наличием артериальной гипертензии или ишемической болезнью сердца, как правило, при болевом приступе отмечалось повышение АД, что также усугубляло заболевание также, как и у больных с кардиологической патологией.

Всем 408 больным произведено оперативное вмешательство – микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва ретросигмовидным доступом с установлением буферных прокладок в виде мышцы и фасции, из них в 12 случаях буферными прокладками служили тефлон и тахокомб. При анализе оперированных больных было установлено, что сосудисто-нервный конфликт зачастую сопровождался спаечным процессом, а также встречались гипертрофия или экзостоз пирамиды височной кости, утолщение арахноидальной оболочки, костно-корешковый конфликт у ствола головного мозга, неврома корешка тройничного нерва, аномальный корешок ствола тройничного нерва и псевдоменингоцеле.

В интраоперационных наблюдениях были отмечены долихоэктазированные и телеангиэктазированные сосуды, которые препятствовали проведению микроваскулярной декомпрессии, а также варикозно расширенные вены, блокирующие доступ к корешку тройничного нерва, что требовало индивидуального подхода для устранения конфликта. В подобных случаях нами применялись частичная диссекция нерва, либо коагуляция аномального сосуда/

Мы провели анализ конфликтов с целью установления причины компрессии тройничного нерва, в результате интраоперационно были установлены артериальные и венозные сосуды, оказывающие компрессию на тройничный нерв, которые отличались множественной вариабельностью (табл. 4).

Таким образом, было установлено, что у 408 пациентов с невралгией тройничного нерва был отмечен сосудисто-нервный конфликт с вовлечением артериальных сосудов: ВМА – у 169 (41,4%), КВ – у 50 (12,3%), МА – у 25 (5,9%), сочетание ВМА+КВ+НВ/ПВ – в 50 (12,3%) случаях, НПМА – в 24 (6,1%) случаях, НВ/ПВ/НВ+ПВ – в 27 (6,6%) случаях, СП – в 21 (5,1%), ВМА+НПМА+УАО – у 20 (4,9%) пациентов. Остальные варианты конфликтов встречались единично от 2 до 11 случаев и составили от 0,5-2,7%.

Таблица 4

Интраоперационные наблюдения конфликта корешка тройничного нерва при микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва, n=408

Причины компрессии корешка ТН	Пораженные ветви ТН							итого	%%
	1	2	3	1-2	1-3	2-3	1-2-3		
ВМА	1	10	13	14	-	115	16	169	41,4
МА	-	-	-	2	-	-	-	2	0,5

НПМА	-	-	-	2	-	21	2	25	6,1
КВ	1	4	4	4	-	32	5	50	12,3
УАО	-	-	-	2	-	8	1	11	2,7
СП	2	2	1	2	-	14	-	21	5,1
ВМА+НПМА/КВ	-	-	-	-	-	3	1	4	1,0
ВМА+НПМА+УАО	-	-	1	3	-	13	3	20	4,9
ВМА+КВ/НВ/ПВ	1	5	2	7	-	32	3	50	12,3
ВМА+КВ+УАО	-	-	-	-	-	4	-	4	1,0
ВМА+ПВ+МВ	-	-	1	-	-	3	2	6	1,5
НПМА+КВ/МВ	-	-	3	-	-	1	1	5	1,2
НПМА+ПВ/УАО	-	-	-	-	-	2	2	4	1,0
КВ+ПВ+УАО	-	-	-	-	-	4	1	5	1,2
НВ/ПВ/НВ+ПВ	-	-	2	3	-	20	2	27	6,6
ДЭС/ТАЭС	-	-	-	1	-	4	-	5	1,2
Всего	5	21	27	40	0-	276	39	408	100,0

Примечание: ВМА – верхняя мозжечковая артерия
МА – мостовая артерия
НПМА – нижняя передняя мозжечковая артерия
КВ – каменистая вена
УАО – утолщение арахноидальной оболочки
СП – спаечный процесс
НВ – надлежащая вена
ПВ – подлежащая вена
МВ – мостовая вена
ДЭС – долихоэктазированный сосуд
ТАЭС – телеангиэктазированный сосуд

Все 408 обследованных и подвергшихся МВД корешка тройничного нерва больных были разделены на 2 группы, в зависимости от вида полученного лечения до поступления в нашу клинику. Анализ и оценку хирургического лечения проводили как внутри каждой из групп, так и в сравнении между ними.

Результаты лечения у всех изученных пациентов с невралгией тройничного нерва были следующими: значительное улучшение зарегистрировано у 151 (37,0) больных, улучшение – у 221 (54,2%) и у 36 (8,8%) удалось добиться незначительного улучшения (табл. 5).

Таблица 5

Результаты хирургического лечения изученных пациентов, n=408

Группы больных	значительное улучшение		улучшение		незначительное улучшение		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первая	95	41,3	112	48,7	23	10,0	230	56,4
Вторая	57	32,0	109	61,2	12	6,7	178	43,6
Всего	152		221		35		408	
%	37,3		54,2		8,5		100,0	

Как видно из представленной таблицы, в двух изученных группах результаты лечения были в целом положительными в 91,4%, а пациентов с незначительным улучшением оказалось 8,6%.

При этом в первой группе удалось добиться положительных результатов, т.е., значительного улучшения и улучшения, у 207 (90,0%) пациентов, а во второй – у 166 (93,2%). В разрезе всех изученных пациентов значительного улучшения удалось добиться у 152 (37,3%) больных, улучшения - у 221 (54,2%), а в незначительное улучшение было у 35 (8,5%) больных.

Основной показатель эффективности хирургического лечения у исследованных нами больных – это отсутствие боли или ее регресс после проведенного оперативного вмешательства, что представлено в Таблице 6.

Таблица 6

Показатели проявления боли у изученных больных после операции, n=408

Группы	Проявление боли			Всего
	Боли нет	Регресс боли	Наличие боли	
1 группа	73	155	2	230
2 группа	71	105	2	178
Итого	144	260	4	408
%	35,3	63,7	1,0	100

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,01)

Полное отсутствие боли, а также ее регресс после проведенного хирургического лечения модификацией доступа микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва показали 404 (99,0%) пациента, из них: 228 (99,1%) - в первой, 176 (98,9%) - во второй группах.

Полное отсутствие боли из 408 пациентов в обеих группах отметили 144 (35,3%) пациента, из них: в первой - 73

(31,7%) по отношению к больным в группе, а во второй – 71 (39,9%). Регресс боли был отмечен в обеих группах у 260 (63,7%) пациентов, из них: в первой группе - 155 (67, 4%) а во второй – 105 (59,0%).

Боль сохранилась у 4 пациентов из 408 (1,0%), при этом у 1 (0,2%) из них интраоперационно обозначили отсутствие сосудисто-нервного конфликта, произвели ревизию и мобилизацию нерва, после чего боль у него прекратилась; рецидив боли возник после оперативного вмешательства у 1 (0,2%), ему была произведена блокада, а затем экзерез с алкоголизацией; в последующем при выписке у больного наблюдалась только легкая гипестезия.

Сравнительная оценка локализации боли по ветвям по сравнению с дооперационным в послеоперационном периоде во всех группах больных показала, что частота наблюдений болевого синдрома значительно сократилась в обеих группах, с 408 (100,0%) до 4 (0,98%) пациентов (табл. 7).

Таблица 7

Сравнительная оценка локализации боли по ветвям и группам в до и послеоперационном периодах, n=408

Локализация боли	1 группа, n=230				2 группа, n=178			
	До операции		После операции		До операции		После операции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 ветвь	3	1,3	1	0,4	-	-	-	-
2 ветвь	14	6,1	-	-	7	3,9	-	-
3 ветвь	17	7,4	-	-	10	5,6	-	-
1-2 ветви	13	5,7	-	-	27	15,2	1	0,6
1 и 3 ветви	-	-	-	-	-	-	-	-
2-3 ветви	157	68,3	-	-	121	68,0	1	0,6
1-2-3 ветви	26	11,3	1	0,4	13	7,3	-	-
ВСЕГО	230	100,0	2	0,9	178	100,0	2	1,1

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,001)

До оперативного вмешательства болевой синдром был верифицирован в 100% случаев той или иной степени интенсивности, после операции – осталось только 4 (1,0%), по 2 больных в каждой из групп. Основная цель проведения микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва заключалась в устранении болевого синдрома, что и было достигнуто и в 99% в обеих группах больных, независимо от длительности заболевания, сопутствующей соматической патологии и возраста больных.

Сравнительный анализ показатели неврологических дисфункций в виде нарушений чувствительности показал, что применение МВД корешка тройничного нерва, устранив нервно-сосудистый конфликт, способствовала восстановлению нарушенных функций чувствительности у больных у 144 больных против 222 до операции, что составило 64,9% (табл. 8).

Таблица 8

Сравнительная оценка показателей нарушения чувствительности у изученных больных до и после операции, n=408

Нарушение чувствительности	До операции, n=222 (54,4%)				После операции n=78 (19,1%)			
	Группы		Итого	%	Группы		Итого	%
	1	2			1	2		
Гипестезия	86	66	152	52,2	39	27	66	16,2
Гиперестезия	15	5	20	6,9	2	0	2	0,5
Парестезия	-	6	6	2,1	0	2	2	0,5
Анестезия	53	60	113	38,8	4	4	8	2,0
Всего	154	137	291	100,0	45	33	78	19,1

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,001)

Приведенная таблица наглядно показывает, что число выявленных больных с нарушением чувствительности – 222 (54,4%) после оперативного вмешательства сократилось до 78 (19,1%). Аналогично, число случаев до операции составляло 291, а после операции – 78, что свидетельствует об эффективности МВД.

Общее число неврологических нарушений до и после операции выявило превалирование гипестезии у больных в обеих группах – 152 (52,2%) и 66 (16,2%) соответственно, затем шла анестезия – 113 (38,8%) и 8 (2,0%), затем гиперестезия - 20 (6,9%) и 2 (0,5%), а также парестезия – 6 (2,1%) и 2 (0,5%) соответственно до и после операции.

Сравнительные показатели вегетативных расстройств до и после операции доказали эффективность проведенного хирургического лечения отсутствием их проявлений (табл. 9).

В послеоперационном периоде у части больных наблюдались осложнения в виде нарушений функций черепных нервов и мозжечка (Рис. 1).

Нами проанализированы осложнения после проведенной микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва

лечения, которые составили из общего числа 408 оперированных 19 (4,7%) пациентов и 22 случаев. При этом в первой группе зарегистрировано 15 (6,5%) случаев, а во второй – 4 (2,2%).

Таблица 9

Сравнительные показатели расстройств вегетативной функции у изученных больных до и после операции, n=408

Вегетативные расстройства	До операции, n=48 (11,8%)				После операции, n=0			
	группы больных		итого	%	группы больных		итого	%
	1	2			1	2		
Гиперемия	11	20	41	67,2	Пациентов с вегетативными нарушениями нет			
слюнотечение	-	1	1	1,6				
слезотечение	7	8	19	31,1				
абс	18	29	61	100,0				

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,002)

Рис. 1. Осложнения после проведенной микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва

Необходимо отметить, что число больных с осложнениями в первой группе исследованных больных выше в 3 раза, чем во второй, которые выражались в виде проявлений гемипареза с последующим регрессом, акузией и гипокузией, парезом лицевого нерва по Хаус-Бракману и мозжечковой атаксией.

Среди всех 22 выявленных случаев осложнений наибольшее число составили 7 (31,8%) случаев нарушения слуха и 8 (36,4%) случаев пареза лицевого нерва по Хаус-Бракману, причем они отмечались в первой группе. Затем шли 3 случая (13,6%) мозжечковой атаксии, зарегистрированные во второй группе. По 1 (4,5%) случаю составили акузия/гипокузия и парез лицевого нерва по Хаус-Бракману и 5 случаев мозжечковой атаксии во второй группе. Все перечисленные осложнения возникали, в связи с тем, что конфликт между корешком V нерва и сосудом вовлекает в патологический процесс близлежащие черепные нервы, в основном слуховой и лицевой, то есть, выполнение специалистом нейрохирургом диссекции спаечного процесса или устранение самого конфликта влечет за собой риск повреждения других нервов. А чрезмерная тракция мозжечка во время проведения МВД вызывала в послеоперационном периоде мозжечковую атаксию и явления гемипареза. Поэтому проведение МВД требует высокой квалификации, как оперирующего нейрохирурга, так и специализированного оснащения технологическим оборудованием.

Исследования по оценке качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва были разделены на три периода: первый период (2012-2014 гг.) – применение опросников MOS SF-36 и McGill (111 больных; 27,2%); второй период (2015-2016 гг.): применение опросников MOS SF-36, McGill и EuroQol-5D (133 больных; 32,6%); третий период (2017-2018 гг.): применение опросников MOS SF-36, McGill, EuroQol-5D, а также разработанные опросники «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» и «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» (164 больных; 40,2%).

Оценка качества жизни по опроснику MOS SF-36 (табл. 10) показала, что во всех трех периодах до и после МВД у больных обеих групп до операции показатели физического и психологического компонентов были хуже по сравнению с послеоперационными, при этом различие показателей физического компонента здоровья было незначительным по сравнению с психологическим. То есть, хронический болевой синдром у больных с НТН оказывал большее влияние на психологическую сферу пациентов, чем на физическую, как до, так и после операции.

По опроснику Мак-Гилла (табл. 11) во всех трех периодах показатели интенсивности боли в обеих группах пациентов в послеоперационном периоде отсутствовали, или были значительно меньшими, достигая 0,5 балла из 5 по сравнению с дооперационным периодом. В обеих группах данные двух опросников показали эффективность проведенной МВД, так как в послеоперационном периоде показатели физического и психологического компонентов повышались, а интенсивности боли были ниже, нежели до операции.

Таблица 10

Применение опросника качества жизни MOS SF-36 до и после МВД за период 2012-2018 гг.

MOS SF-36	группы	Кол-во больных в группе, абс.	PHsum-Физический компонент здоровья		Mhsum-Психологический компонент здоровья	
			До операции	После операции	До операции	После операции
2012-2014 гг., n=111	1	37	41,67±0,60	58,39±0,57	31,97±0,85	52,44±0,52
	2	74	45,85±0,76	58,81±0,72	40,41±1,04	53,99±0,77
2015-2016 гг., n=133	1	83	46,86±0,43	60,32±0,39	42,45±0,56	55,07±0,47
	2	50	49,85±0,44	63,5±0,43	45,45±0,51	56,76±0,42
2017-2018 гг., n=164	1	73	46,29±0,59	60,08±0,57	44,01±0,55	56,29±0,50
	2	91	47,68±0,48	61,08±0,48	44,99±0,50	56,28±0,41

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,001)

Таблица 11

Применение опросника боли McGill до и после МВД за период 2012-2018 гг.

McGill	группы	Кол-во больных в группе, абс.	Сумма баллов	
			До операции	После операции
2012-2014 гг., n=111	1	37	5,12±0,24	1,17±0,075
	2	74	4,27±0,22	0,75±0,715
2015-2016 гг., n=133	1	83	3,95±0,059	0,662±0,06
	2	50	4,06±0,10	0,56±0,076
2017-2018 гг., n=164	1	73	4,79±0,22	0,589±0,058
	2	91	4,76±0,18	0,56±0,05

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,001)

Таблица 12

Применение опросника EuroQol-5D до и после МВД за период 2015-2018 гг.

EuroQol-5D	группы	Кол-во больных в группе, абс.	балл состояния здоровья	
			До операции	После операции
2015-2016 гг., n=133	1	83	0,584±0,02	-0,436±0,05
	2	50	0,7772±0,003	-0,6247±0,06
2017-2018 гг., n=164	1	73	0,633±0,019	-0,63±0,05
	2	91	0,70±0,002	-0,59±0,05

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P<0,001)

Оценка качества жизни по опроснику EuroQol-5D (табл. 12) во всех трех периодах подтвердила факт отклонения показателей психологической сферы у больных обеих групп больше, чем физической. При этом различие показателей между группами было как до операции, так и после. А по результатам нейрохирургического лечения в оценке качества жизни показатели EuroQol-5D оказались сходными с MOS SF-36, и подтвердили эффективность МВД в хирургическом лечении невралгии тройничного нерва.

Выводы

1. Микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва является эффективным методом хирургического лечения во всех исследуемых группах пациентов с НТН.

2. Применение опросников оценки качества жизни у пациентов различной степени тяжести заболевания с НТН позволило определить дальнейшую тактику их ведения до и после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.

3. Применение опросников в оценке качества жизни пациентов НТН до и после хирургического лечения является важным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях.

Список использованной литературы

1. Алексеевец В.В., Лихачев С.А, Шанько ЮГ, Змачинская О.Л. Современные подходы к лечению невралгии тройничного нерва // Неврология и нейрохирургия Восточная Европа. – 2016. - № 3. - С. 308-317.
2. Алексеевец В.В., Шанько Ю.Г., Лихачев С.А. Хирургическое лечение идиопатической невралгии тройничного нерва методом микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва // Неврология и нейрохирургия Восточная Европа. – 2017. - № 1. - С. 43-50.

3. Арутюнов С.А., Боднева С.Л. Этиопатогенетические факторы невралгии тройничного нерва (обзор) // Клиническая неврология. – 2012. - № 1. – С. 53-55.
4. Балязин В.А., Балязина Е.В. Современные подходы к хирургическому лечению классической невралгии тройничного нерва // Клиническая и экспериментальная хирургия. // Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2016. - № 3. – С. 89-96.
5. Николаев Е.Л. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? /Е.Л. Николаев // Вестник Чувашского университета. – 2014. - № 2. – С.310-315.
6. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине (3-е изд., перераб. и доп. / А.А.Новик, Т.И. Ионова; под ред. академика РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.:РАЕН, 2012. – 528 с.
7. Рзаев Д.А., Куликова Е.В., Мойсак Г.И., Воронина Е.И., Агеева Т.А. Тефлон-гранулема после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва у больной с реккурентной тригеминальной невралгией // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Буренко. – 2016. - № 2. – С. 78-83.
8. Унтевский, В.Г. Методы оценки психоэмоционального состояния пациента при невралгии тройничного нерва / В.Г. Унтевский, Г.А. Саркисов, А.Я. Саркисов // Международный студенческий научный вестник. — 2016. —№ 4-1.— С.124-125.
9. Хатуаева А.А., Ивенский Н.И., Ивенский В.Н., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная регуляция и психосоматика у пациентов с тригеминальной невралгией // Клиническая неврология. – 2016. № 3. – С. 11-16.
10. Akinori Kondo, M. D. Do's And Dont's in Microvascular Decompressoin Surgery // Proceedings of 5th Meeting of The Society for Microvascular Decompression Surgery. – Japan, 2002. - P. 91-94.
11. Baliazin V.A., Baliazina E.V., Aksenov D.P. Computed Tomography in the Diagnosis of Classical Trigeminal Neuralgia // J. Comput. Assist. Tomogr. – 2017. – Vol. 41(4). – P. 521-527.
12. Helth promotion glossary. WHO. – Geneva, 1998. – P.17 [Электронный ресурс]. – URL: www. who.int/healthpromotion/about/HPR %20Glossary% 201998.pdf (дата обращения: 20.11.2014).
13. Jannetta P.J., McLaughlin M.R., Casey K.F. Technique of microvascular decompression. Technical note // Neurosurg. Focus. – 2005 – Vol. 18(5). – P. 5.
14. Kato K., Ujiie H., Nakano H., Nomura S., Nakagawa M., Higa T., Kadoyama S., Teramoto A. Application of Ion-beam Implanted Expanded Polytetrafluoroethylene to Microvascular Decompression and the Surgical Outcome // Neurol. Med. Chir. (Tokyo). – 2017. Vol. 57 (11). – P. 601-606.
15. Liang X., Dong X., Zhao S., Ying X., Du Y. A retrospective study of neurocombing for the treatment of trigeminal neuralgia without neurovascular compression // Ir. J. Med. Sci. – 2017. – Vol. 186(4). – P. 1033-1039. Федерального медико-биологического агентства

ISSN 2181-0982

Doi Journal 10.26739/2181-0982

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 2, НОМЕР 1

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH

VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000