

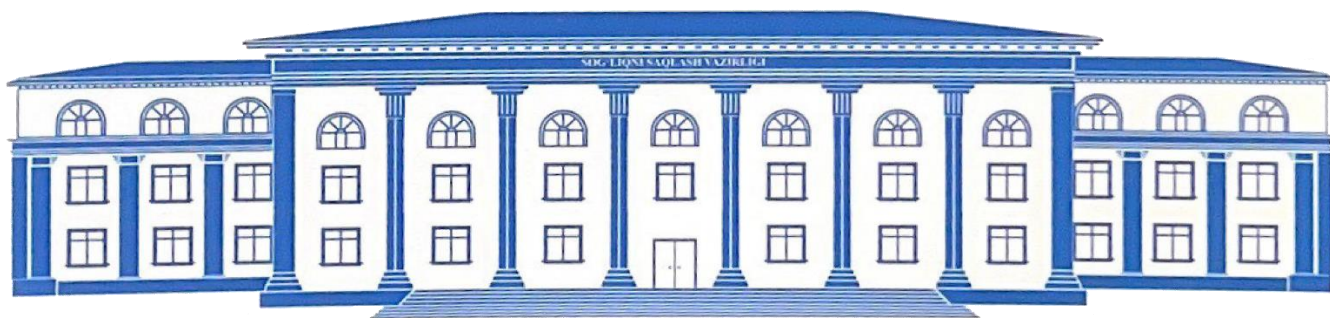
**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**MINISTRY OF HEALTH
OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

Turkiston tibbiyot jurnali (1922 yy.), O'rta Osiyo tibbiyot jurnali (1925 yy.)



**O‘ZBEKISTON
TIBBIYOT JURNALI**



№ 4
2024

O‘ZBEKISTON TIBBIYOT JURNALI

Медицинский журнал Узбекистана | Medical journal of Uzbekistan

ILMIY – AMALIY JURNALI

2024 №4

ISSN: 0025–830X

1922 yilning yanvaridan chiqa boshlagan

Ta’rischi – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi

Jurnal O‘zbekiston Respublikasi matbuot va axborot agentligi tomonidan
2011 yil 12 mayda ro‘yxatga olingan (№138)

DUK “O‘zbekiston tibbiyot jurnali”
Toshkent 2024

Umurov N.A., Ashurov Z.Sh., Shadmanova L.Sh. / Mental disorders in patients with viral pneumonia caused by COVID-19	130
Khamraeva D.I., Kholova D.Sh., Khalimova Z.Yu. / The role of inactive pituitary adenoma in the development of hypogonadotropic hypogonadism	138
Shagzatova B.Kh., Rakhimova S.Kh. / Study of leptin and adiponectin levels in various bariatric interventions.....	144
Ernazarov O.G. / Modern diagnostics, assessment of quality of life and differentiated treatment of patients with trigeminal neuralgia	150
Sultonov A.A. / Assessment of the quality of life of patients with hernias of the lumbar spine before and after differentiated surgical treatment.....	160
Mustafakulov I.B., Khaitov A.A. / Causes of hernia recurrence after hernia alloplasty	170
Khaitov A.A., Mustafakulov I.B. / Causes of paraprostatic recurrent ventral hernias and the choice of surgical treatment.....	177
Shaumarov A.Z., Khasanov U.S., Djuraev J.A. / Results of genetic studies in various forms of clinical course of chronic tonsillitis	185

PRACTITIONER'S NOTES

Madrimova Q.Q., Matrizayeva G.D., Saparbayeva N.R. / Early diagnosis and prevention of women with hydatiform mole.....	189
Sultanov A.A., Khaitov Q.N. / Methods of local treatment of cutaneous leishmaniosis	193
Ikramov O.I., Gulyamova M.D., Djuraev N.A. / Algorithm of surgical rehabilitation of patients with open globe injury.....	207
Akhatov V.A., Saidov A.A. / Correction of bite height and prevention of pathological tooth abrasion: modern approaches	213
Rayimberdiyev S.A., Bakhriev I.I., Eshmuratov B. / Assessment of morphological changes in the adrenal gland in some types of violent death	218
Makhmudov J.E., Saidov A.A. / Anthropometric parameters of the maxillary system and prevention of malocclusion in children after cheiloplasty	228
Baltabaeva G.Sh., Muminova Z.A., Khaitov A.O. / Pregnancy outcomes in women with hyperprolactinemia syndrome	232
Yusupova U.M. / Modern approach to the treatment of the women with ovarian apoplexy.....	238
Duschanova Z.A. / Modern approach to the treatment of polycystic ovary syndrome.....	243
Aleynik V.A., Mukhitdinova K.O., Babich S.M., Negmatshayeva Kh.N., Juraev B.M. / Involvement of sterile inflammation in early pregnancy in women with miscarriage and excessive pro-inflammatory immune response.....	247
Juraev A.M., Yusupova I.A. / Rehabilitation of children and adolescents with various dysplastic changes in the hip joint	253
Gaziev Z.T., Saparniyazov N.S., Valiev Sh.M. / Evaluation of effectiveness of specific amino acids in diffused acute peritonitis.....	257

УДК: 616.833.15-009.7-001.11-089: 616-079.1: 612.013-21.4

Эрназаров Ортикбой Гойибназарович – заведующий отделением нейрохирургии
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Многопрофильная клиника Ташкентской медицинской академии (Ташкент, Узбекистан)

Ernazarov Ortikboy Goyibnazarovich – head of the department of neurosurgery
MODERN DIAGNOSTICS, ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND DIFFERENTIATED TREATMENT OF PATIENTS WITH TRIGEMINAL NEURALGIA

Multidisciplinary Clinic of Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)

Ernazarov Ortiqboy G'oyibnazarovich – neyroxirurgiya bo'limi mudiri
ZAMONAVIY DIAGNOSTIKA, HAYOT SIFATINI BAHOLASH VA TRIGEMINAL NEVRALGIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DIFFERENTIAL DAVOLASH

Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi (Toshkent, O'zbekiston)

Аннотация. В статье подробно изложены исторические аспекты такого тяжелого недуга как невралгия тройничного нерва, динамическое развитие способов и методов консервативного и хирургического лечения. В связи развитием медицины и появлением современных методов диагностики приведены анализ и важность для определения степени тяжести невралгии тройничного нерва. Приведены преимущества методов лечения невралгии тройничного нерва, обоснованность дифференцированного подхода с учётом тяжести заболевания. Исследования качества жизни пациентов с применением опросников, на основе анализа полученных данных выбор метода лечения невралгии тройничного нерва и улучшения результатов.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, диагностика, качество жизни, дифференцированный подход, степень тяжести невралгии.

Annotation. The article details the historical aspects of such a serious illness as trigeminal neuralgia, dynamic development of ways and methods of conservative and surgical treatment. In connection with the development of medicine and the emergence of modern diagnostic methods, the analysis and importance for determining the severity of trigeminal neuralgia are given. The advantages of the methods of treatment of trigeminal neuralgia are given, the validity of a differentiated approach, taking into account the severity of the disease. Studies of the quality of life of patients using questionnaires, based on the analysis of the data obtained, the choice of a method for treating trigeminal neuralgia and improving results.

Key words: trigeminal neuralgia, diagnosis, quality of life, differentiated approach, severity of neuralgia.

Annotatsiya. Maqolada trigeminal nevrалgiya kabi jiddiy kasallikning tarixiy jihatlari, konservativ va jarrohlik davolash usullari va usullarining dinamik rivojlanishi batafsil yoritilgan. Tibbiyotning rivojlanishi va zamonaviy diagnostika usullarining paydo bo'lishi munosabati bilan trigeminal nevrалgiyaning og'irligini aniqlashning tahlili va ahamiyati berilgan. Trigeminal nevrалgiyani davolash usullarining afzalliklari, kasallikning og'irligini hisobga olgan holda differentsiatsiyalangan yondashuvning asosligi berilgan. Olingan ma'lumotlarni tahlil qilish, trigeminal nevrалgiyani davolash usulini tanlash va natijalarni yaxshilash asosida so'rovnomalar yordamida bemorlarning hayot sifatini o'rganish.

Kalit so'zlar: trigeminal nevrалgiya, tashxis, hayot sifati, differentsial yondashuv, nevrалgiyaning og'irligi.

Авиценна в своем произведении «Канон врачебных наук» описывал невыносимую головную боль, локализованную на одной стороне головы, которая была кратковременной и проходила самостоя-

тельно. В период отсутствия боли пациент чувствовал себя вполне удовлетворительно, и никаких признаков болезни не наблюдалось. Позже этот недуг стал известен как невралгия тройничного нерва.

Невралгия тройничного нерва (НТН) представляет собой синдром, который характеризуется внезапными, кратковременными и интенсивными болями в области иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Это определение подтверждается международной ассоциацией по изучению боли [1,4,12,19]. При длительном рецидивирующем течении невралгии болевой синдром может измениться, становясь постоянным, разлитым и приобретая «жгучий», «давящий» или «ноющий» характер [5,11,16,18].

Невралгия тройничного нерва является довольно распространенным заболеванием и встречается у 30-50 пациентов на каждые 100 тысяч жителей в большинстве стран мира. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболеваемость составляет от 3 до 5 случаев на 100 тысяч жителей в год. В настоящее время сложно точно оценить распространенность и заболеваемость, поскольку пациенты часто обращаются к различным специалистам по месту жительства [6,7,11,13,15,19].

На современном этапе диагностика невралгии тройничного нерва значительно улучшилась благодаря магнитно-резонансной томографии (МРТ) с силой поля от 1,5 до 3,0 тесла, использующей T2 (3D-FIESTA, DRIVE или CISS), а также контрастно-усиленной взвешенной по T1 режиме [2,5,14,16,17].

Важным методом диагностики также является электронейромиография (ЭНМГ), которая позволяет определить уровень поражения ветвей нерва и выяснить, является ли это раздражением центрального или периферического типа. ЭНМГ помогает выбрать подходящую тактику для хирургического или консервативного лечения невралгии тройничного нерва. [1,2,5,14,16].

В настоящее время качество жизни (КЖ), основанное на субъективных ощущениях пациента, становится важным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях. Качество жизни отражает влияние заболева-

ния и его лечения на общее состояние пациента и охватывает его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое может изменяться под воздействием заболевания или терапии. Поэтому ученые все чаще начинают исследовать этот аспект [3,8,9,10].

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с невралгией тройничного нерва путём дифференцированного подхода с учётом степени тяжести течения и оценкой качества жизни.

Материал и методы.

Исследование основано на результатах наблюдений над 171 пациентом с невралгией тройничного нерва, находившимся на лечении в стационаре Ташкентской медицинской академии, многопрофильной клинике, отделении нейрохирургии в период с 2019 по 2023 годы.

Для установления диагноза и выбора метода лечения всем больным проводилось комплексное обследование, включающее в себя клиничко-неврологические и инструментальные методы исследования.

При первичном осмотре больных, как на основные критерии невралгии тройничного нерва (НТН) было обращено внимание на наличие следующих симптомов - односторонняя приступообразная лицевая боль; наличие триггерной зоны; болезненность точек Вале (надавливание на которые вызывает приступ), усиление болей при приеме пищи и разговоре; положительный эффект от лечения Финли псином при начальных стадиях заболевания. Также проверяли наличие таких симптомов, как гипертонус жевательных мышц, вегетативные расстройства, гипестезия зон иннервации отдельных ветвей или всей половины лица. Для НТН характерно наличие коротких приступов (2-15 мин), которые могут часто повторяться (до 30 раз в сутки).

Важное место при установлении диагноза и определении дальнейшей тактики лечения нами отведено данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) от 1,5 до 3,0 тесла, по T2 (3D-FIESTA, DRIVE или CISS), время пролетной магнитно-резо-

нансной-ангиографии (МРА) (3D-TOF), а также контраст усиленной взвешенной по T1 режиму для определения нервно сосудистого конфликта.

В наших исследованиях применяли электронейромиографию (ЭНМГ), определяющая уровень поражения ветвей нерва, т.е. ирритации центрального типа или периферического типа с достоверностью 75% дающий нам возможность с учётом уровня поражения выбрать тактику хирургического или консервативного лечения невралгии тройничного нерва.

Качество жизни пациентов оценивали с применением разработанных Республиканским специализированным научно-практическим медицинским центром нейрохирургии опросников «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» и «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва».

Результаты и обсуждение.

Исследовали результаты наблюдений за 171 пациентом с невралгией тройничного нерва, находившимся на лечении в стационаре Ташкентской медицинской академии, многопрофильной клинике, отделении нейрохирургии в период с 2019 по 2023 годы.

Все больные по методам лечения, тяжести течения невралгии тройничного нерва и состояния соматического статуса были распределены на три группы.

В первую группу вошли 55 (32,2%) пациента, которым проведены консервативное лечение, блокады периферических ветвей тройничного нерва. Во вторую группу 57 (33,3%) пациентов, перенесшие блокады Гассера узла, экзезез ветвей тройничного нерва. Третью группу составили 59 (34,5%) пациентов, подвергшихся микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва (табл.1).

Таблица 1.

Распределение изученных пациентов по группам, n=171

Группы	Абс.	%
1 группа	55	32,2
2 группа	57	33,3
3 группа	59	34,5
Итого:	171	100

По возрасту, больные распределены согласно классификации ВОЗ, где предусматривается выделение возрастных групп: молодой возраст 14-19 лет; младший средний возраст 20-44 года; старший средний возраст 45-59 лет; пожилой воз-

раст 60-74 года; старческий возраст 75-89 лет; В наших наблюдениях больные были в возрасте от 24 до 79 лет, учитывая это, распределение пациентов по возрастным группам выглядит следующим образом (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение пациентов с НТН по возрасту и полу, n=171

Возрастные группы	Пол				Число пациентов	
	муж	%	жен	%	абс.	%
25-35 лет	7	9,9	4	4,5	11	6,4
36-45 лет	13	19,3	20	19,5	33	19,3
46-60 лет	29	42,3	42	40,7	71	41,5
60-74 лет	17	24,8	35	33,7	52	30,4
75-89 лет	2	3,7	2	1,6	4	2,4
90 и старше	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Итого:	68	39,5	103	60,5	171	100

Распределение больных по возрасту и полу показало, что среди пациентов преобладали женщины - 103 (60,2%), мужчин было 68 (39,8%), что в 1,5 раза меньше, чем женщин. Большинство больных 71 (41,5%) старшего среднего и пожилого возраста, максимум больных пришелся на возрастную группу 60-74 года, 52 (30,4%), что согласуется с данными мировых учёных.

При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 171 пациента у 69 (40,5%) больных отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 53 (31,0%) больных, ишемической болезнью сердца у 13 больных (7,8%). В 19 (11,2%) наблюдениях был отмечен сахарный диа-

бет, у 4 (2,6%) больных печеночная патология и у 1 (0,9%) почечная недостаточность. Следует указать, что у одного и того же больного отмечалось сочетание двух и более соматических заболеваний, особенно это было характерно для сердечно-сосудистых заболеваний.

Анализ провоцирующих факторов по результатам исследования показал, что почти у всех пациентов наблюдались: провоцирующий фактор как жевание и разговор более 93 % случаев, второе место занимает фактор прикосновение - до 8 % наблюдений, остальные холод, чистка зубов, умывание, бритье и открывание рта меньше 5 % случаев (табл.3).

Таблица 3.

Провоцирующие факторы боли у изученных пациентов n=171

Факторы	абс	% к общему числу больных
Жевание/прием пищи	159	93,1
Разговор	159	93,1
Прикосновение	14	8,3
Холод	8	4,9
Чистка зубов	5	2,9
Умывание/бритье	2	1,2
Открытие рта	1	0,7

До поступления в клинику все больные получали комплексное консервативное лечение, пациенты лечились у стоматологов, невропатологов, челюстно-лицевых хирургов.

При осмотре больных, в качестве основных критериев невралгии тройничного нерва выделялись следующие симптомы: односторонняя приступообразная лицевая боль, наличие триггерной зоны у исследованного 171 пациента локализация триггерных зон дали следующие ре-

зультаты, при этом всего 33 (19,3%) наблюдений, среди 33 пациентов с наличием триггерных точек по локализации первое место занимает носогубной треугольник 16 (48,5), на втором месте ментальная область 8 (24,3%), третьем месте лобно-скуловая область 3 (9,1%), остальные зоны - полость рта, щека, околоушная область, точки Вале, шея в области остистых отростков III-IV шейных позвонков от 3% до 6% случаев (табл. 4).

Таблица 4.

Локализация триггерных точек у изученных пациентов, n=33 (19,3%)

Локализация триггерных точек, n=33	абс.	%
Носогубной треугольник	16	48,5
Ментальная область	8	24,3
Лобно-скуловая область	3	9,1
Полость рта	2	6,1

Щека	1	3,0
Околоушная область	1	3,0
Точки Валле	1	3,0
Шея в области остистых отростков III-IV шейных позвонков	1	3,0
Итого:	33	100

Также проверяли наличие симптомов гипертонуса жевательных мышц, вегетативные расстройства, гипестезия зон иннервации отдельных ветвей или всей половины лица. При этом убедились, что для невралгии тройничного нерва характерно наличие коротких приступов (2-15 мин),

которые могут часто повторяться (до 30 раз в сутки). Исследование нарушений чувствительности в зоне иннервации ветвей тройничного нерва дали следующие результаты. Это можно наглядно наблюдать в таблице (табл.5).

Таблица 5.

Наличие нарушений чувствительности у изученных пациентов при поступлении, n=92 (54%)

Неврологические симптомы	1-ая группа	2-ая группа	3-ая группа	Итого случаев, абс	%
Гипестезия	11	17	20	48	52,2
Гиперестезия	1	2	3	6	6,5
Анестезия	-	-	1	1	1,1
Парестезия	9	13	15	37	40,2
Всего:	21	32	39	92	100,0
Итого: %	22,9	34,7	42,4	100,0	

В нашем исследовании из 171 общего числа у 92 (54%) пациентов наблюдались нарушения чувствительности в зоне иннервации ветвей тройничного нерва 52,2 % случаев гипестезии, 40,2 % парестезии, гиперестезия 6,5% и 1 наблюдение анестезии в результате ранее проведенных хирургических вмешательств. Этот случай наблюдался среди пациентов третьей группы. В результате многократных операций экзереза, чувствительность в зоне иннервации была полностью утрачена, и произошли трофические изменения мими-

ческих мышц лица на стороне поражения ветвей тройничного нерва.

Вегетативные расстройства у наших пациентов наблюдались в 18 (10,5%) случаях, из 18 больше всего 50,1% гиперемия, слезотечение 33,3%, слюноотечение 16,6 % если рассмотреть по группам 55,6 % в третьей группе, 27,7 % во второй группе и меньше всего 16,7 % в первой группе, после проведения лечения вегетативные нарушения восстанавливались, наглядно приведено в таблице (табл.6).

Таблица 6.

Нарушение вегетативных расстройств у изученных пациентов при поступлении, n=18 (10,5%)

Вегетативные расстройства	1 группа	2 группа	3 группа	Итого случаев, абс	%
Гиперемия	1	2	6	9	50,1
Слюноотечение	1	1	1	3	16,6
Слезотечение	1	2	3	6	33,3
Абс.	3	5	10	18	100,0
%	16,7	27,7	55,6	100 %	

Анализ исследованного 171 пациента, по расположению пораженных ветвей тройничного нерва показал следующие результаты.

У 134 (78,4%) пациентов отмечалась невралгия тройничного нерва справа, у 34 (19,8%) слева и в 3 (1,8%) наблюдений с двух сторон.

У исследуемых пациентов в наших наблюдениях чаще поражалась вторая (33,3%) и вторая + третья ветви (4,6%) и, как отмечалось выше, в большинстве случаев отмечена правосторонняя невралгия, что доказывает её типичность.

Таким образом, в наших наблюдениях наиболее часто поражались одновременно 2 ветви 50,9% пациентов. Поражение всех трех ветвей наблюдалось у 31,9%

и одной ветви у 17,2%. Наиболее часто болевой синдром был справа в 78,4%, слева 19,8% и с 2-х сторон в 1,8% случаев. Полученные нами данные результатов исследования пациентов согласуются с литературными данными мировых авторов.

Положительные результаты среди исследуемого 171 пациента отмечены у 163 (95,0%), без перемен у 8 (5,0%). Лучшие показатели в 3 группе, у всех больных этой группы получены положительные результаты.

Это доказывает эффективность метода хирургического вмешательства при дифференцированном подходе к лечению невралгии тройничного нерва с учетом соматического статуса пациента (табл.7).

Таблица 7.

Ближайшие результаты лечения больных с невралгией тройничного нерва n=171

Метод хирургического лечения	Группы	Результаты лечения			
		Значительное улучшение	улучшение	без перемен	Всего:
Блокады периферических ветвей тройничного нерва	1	5 (9,2%)	46 (83,3%)	4 (7,4%)	55 (92,7)
Экзрез, блокада Гассеров узла тройничного нерва	2	15 (25,6%)	38 (66,7%)	4 (7,7%)	57 (92,9)
Микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва	3	51 (87%)	8 (13%)	0	59 (100)

Анализ полученных данных свидетельствовал, что у 87% пациентов третьей группы значительное улучшение, у 13% улучшение, без перемен отсутствует, во второй группе 25,5% значительное улучшение, у 66,7 % улучшение, в первой группе всего 9,2 % значительное улучшение, 83,3 % улучшение, в первой и во второй группе без перемен почти в равных долях более 7% случаев.

В наших исследованиях более эффективным методом хирургического вмешательства оказалась микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва у ствола головного мозга, так как пациентов со значительными улучшениями в этой

группе оказалось 87% от общего числа пролеченных. В наших исследованиях для оценки качества жизни и болевого синдрома у пациентов с невралгией тройничного нерва применяли опросники Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нейрохирургии.

Применение опросника «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» показало, что качество жизни во всех исследуемых группах оказалось сходным: то есть до операции показатели качества жизни во всех группах были низкими (табл.8).

Таблица 8.

Применение опросника «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» до и после лечения n=171

Группы	Кол-во больных в группе, абс.	Сумма баллов	
		До лечения	После лечения
1	55	13,95±0,32	10,7±0,22
2	57	25,22±0,3	17,90±0,21
3	59	27,22±0,2	15,22±0,19
Итого:	171	22,23±0,22	14,6±0,20

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

После проведенного лечения у пациентов с невралгией тройничного нерва сразу же начали улучшаться показатели качества жизни, особенно значительно это было заметно в третьей группе, так же, положительные результаты лечение показало у пациентов второй и первой группы.

Применение опросника «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» в третьем периоде показало, что параметры болевого синдрома в дооперационном периоде у исследованных

больных во всех группах различались между собой с разницей баллов.

Высокие показатели зарегистрированы в первой группе до операции, что соответствовало тяжелой степени тяжести интенсивности болевого синдрома, а после проведенного лечения во всех группах наблюдалось его снижение до средней степени как в первой, так и во второй группах что было отмечено данными полученных в результате применения опросников это наглядно выглядит следующем образом (табл. 9).

Таблица 9.

Применение опросника «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» до и после лечения n=171.

Группы	Кол-во больных в группе, абс.	Сумма баллов	
		До лечения	После лечения
1	55	27,31±0,33	15,22±0,03
2	57	23,31±0,2	13,19±0,29
3	59	21,22±0,2	11,22±0,19
Итого:	171	22,23±0,22	17,94±0,20

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

Анализируя анамнестические данные этих больных, хочется обратить внимание на следующие моменты, указывающие на сложность диагностики заболевания и соответственно неправильного лечения больных. Так из 5 больных с невралгией первой ветви 3 ранее был установлен диагноз мигрень, и проводилась соответствующая терапия. Однако наиболее трудными и приносящими определенный ущерб здоровью являются невралгии 3 или третьей ветви. Практически все паци-

енты второй группы (57) обратились к стоматологам по поводу зубной боли.

Практически всем больным проводилась терапия у стоматологов, включая удаление зубов. Дальнейшее прогрессирование болей позволяло правильно устанавливать диагноз и проводить в дальнейшем терапию основного заболевания. Обобщая вышеуказанное, хотелось бы отметить, что развитие клинических проявлений с начала заболевания носит бароградиентный характер.

Таким образом, сравнительные данные оценки по всем использованным опросникам качества жизни и болевого синдрома у больных с НТН до и после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва коррелировали между собой.

По опроснику «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва»: сумма до 10 баллов – легкая степень тяжести НТН, 11-21 баллов – средняя степень тяжести НТН, 22-32 баллов – тяжелая степень тяжести НТН. Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва по опроснику позволила определить у 171 пациента болевой синдром легкой степени у 41 (24,4%), средней степени – у 121 (71,3%), тяжелой степени – у 9 (5,2%), а в послеоперационном периоде – полное отсутствие боли отмечено у 166 (97,3%) и у 5 (2,9%) – болевой синдром легкой степени.

По опроснику «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва»: сумма до 10 баллов – незначительное ухудшение качества жизни, 11-21 баллов – умеренное ухудшение качества жизни, 22-33 баллов – значительное ухудшение качества жизни. Оценка качества жизни по опроснику у 171 больных с невралгией тройничного нерва показала в дооперационном периоде значительное ухудшение качества жизни у 130 (76,5%) больных, а ухудшение качества жизни – у 41 (24,4%). А в послеоперационном периоде больные со значительным улучшением качества жизни составили 18 (10,4%) и с улучшением – 146 (85,4%), незначительное улучшение качества жизни отмечено у 7 (4,3%) больных.

Выводы:

1. Распределение больных по возрасту и полу показало, что среди пациентов преобладали женщины – 103 (60,2%), мужчин было 68 (39,8%), что в 1,5 раза меньше, чем женщин. Большинство пациентов 71 (41,5%) составили старшего среднего и пожилого возраста, максимум больных пришелся на возрастную группу 60-74 года, 52 (30,4%), что согласуется с данными мировых учёных.

2. Провоцирующий фактор как жевание и разговор более 93 % случаев, второе место занимает фактор прикосновение – до 8 % наблюдений, остальные холод, чистка зубов, умывание, бритье и открывание рта меньше 5 % случаев.

3. При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 171 пациента – 69 (40,5%) имели сопутствующую патологию, в виде артериальной гипертензии у 53 (31,0%), ишемической болезни сердца у 13 (7,8%) случаев, в 19 (11,2%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 4 (2,6%) печеночная патология и у 1 (0,9%) почечная недостаточность.

4. Триггерные зоны у 171 пациента всего в 33 случаях (19,3%) наблюдений, среди 33 выявлено: носогубной треугольник 16 (48,5), ментальная область 8 (24,3%), лобно-скуловая область 3 (9,1%), остальные зоны как полость рта, щека, околоушная область, точки Вале, шея в области остистых отростков III-IV шейных позвонков от 3% до 6% случаев.

5. В нашем исследовании из 171 общего числа у 92 (54%) пациентов наблюдались нарушения чувствительности в зоне иннервации ветвей тройничного нерва 52,2 % случаев гипестезии, 40,2 % парестезии, гиперестезии 6,5% и 1 наблюдение анестезия в результате ранее проведенных хирургических вмешательств.

6. Вегетативные расстройства у наших пациентов наблюдались 18 (10,5%) случаев, из 18 больше всего 50,1% гиперемия, слезотечение 33,3% слюнотечение 16,6 % случаев.

7. Положительные результаты после лечения 171 пациента отмечены у 163 (95,0%), без перемен у 8 (5,0%) это доказывает, что все методы лечения невралгии достаточно эффективны при дифференцированном применении.

8. Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва по опроснику позволила определить у 171 пациента болевой синдром легкой степени у 41 (24,4%), средней степени – у 121 (71,3%), тяжелой степени – у 9 (5,2%), а в послеоперационном периоде – полное отсутствие

боли отмечено у 166 (97,3%) и у 5 (2,9%) - болевой синдром легкой степени.

9. Оценка качества жизни по опроснику у 171 больного с невралгией тройничного нерва показала в дооперационном периоде значительное ухудшение качества жизни у 130 (76,5%) больных, а ухудшение качества жизни – у 41 (24,4%). А в послеоперационном периоде больные со значительным улучшением качества жизни составили 18 (10,4%) и с улучшением – 146 (85,4%), незначительное улучшение качества жизни отмечено у 7 (4,3%) больных.

Литература.

1. Алексеев В.В., Лихачев С.А., Шанько Ю.Г., Змачинская О.Л. / Современные подходы к лечению невралгии тройничного нерва // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. — 2016.— №3. — С. 8-17.— Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/525153> ISSN: 2226-0838 eISSN: 2414-3588

2. Балязина Е.В., Исаханова Т.А., Бондарева О.И. и соавт. / Физический механизм формирования двух типов нейроваскулярного конфликта у больных классической невралгией тройничного нерва // Неврологический журнал. – 2017. – № 4. - С. 190-197.

3. Евсина О.В. Качество жизни в медицине - важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»:2013. №1. - С.119-133.

4. Колычева М.В., Колычева М.В., Шиманский В.Н., Быченко В.Г. и соавт. / Невралгия тройничного нерва: трудный диагноз // Российский журнал боли. - 2017. - №3-4.

5. Корешкина М.И. / Дифференциальная диагностика и лечение невралгии тройничного нерва // Ремедиум Приволжья. 2016. № 2 (142). С. 24–27. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/differentsialnaya-diagnostika-i-lechenie-nev-ralgiitroy-nichnogo-nerva> (дата обращения 31.05.2019)

6. Манвелов Л.С., Тюрников В.М., Кадыхов А.В. / Тригеминальная невралгия: эпидемиология, этиология, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика. // Журн. Врач. – 2013. – №4. – С. 6-8.

7. Медведева Л.А. Методы локального воздействия при головных болях и краниальных невралгиях. // Метод. реком. – Москва. – 2015. – 40 с.

8. Новик А.А., Ионова Т.И., / Руководство по исследованию качества жизни в медицине // под ред. Ю. Л. Шевченко; Министрство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова, Институт усовершенствования врачей НМХЦ им. Н. И. Пирогова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: Изд. Российской акад. естественных наук, 2012. - 527 с.: ил., портр.; 21 см.; ISBN 978-5-94515-117-8 (В пер.)

9. Николаев Е.Л. / Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // Вестник Чувашского университета. - 2014. - № 2. - С. 310-315.

10. Унтевский В.Г., Саркисов Г.А., Саркисов А.Я. / Методы оценки психоэмоционального состояния пациента при невралгии тройничного нерва // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 4-1.; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15846> (дата обращения: 18.05.2019)

11. Шиманский В.Н., Тяншин С.В., Пошатаев В.К. / Клинические рекомендации. Хирургическая коррекция синдромов сосудистой компрессии черепных нервов // Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко. 2017; 81(2): 96-102.; https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-voprosy-nejrokhirurgii-imeni-n-n-burdenko/2017/2/1004288172_017021096 doi: 10.17116/neiro2017812_96-102 (дата обращения: 18.05.2019)

12. Abdallah E.-S.A., Adham A.F.K., Basma A.E., Wei-Ting W., Ke-Vin C. / Ultrasound-Guided Intervention for Treatment of Trigeminal Neuralgia: An Updated Review of Anatomy and Techniques // Pain Res

Manag. 2018 Apr 2;2018: 5480728. doi: 10.1155/2018/5480728. eCollection 2018.

13. Antonaci F., Arceri S., Rakusa M., Mitsikostas D.D., Milanov I., Todorov V., Cotta R.M., Costa M.A. / Pitfalls in recognition and management of trigeminal neuralgia // *J Headache Pain*. 2020 Jun 30;21(1):82. doi: 10.1186/s10194-020-01149-8.

14. Biniyam A.A., Abenet T.M., Yared Z.Z., Biniyam A.A. / Clinical characteristics and associated factors of trigeminal neuralgia: experience from Addis Ababa, Ethiopia // *BMC Oral Health*. 2020 Sep 3; 20(1): 244. doi: 10.1186/s12903-020-01227-y.

15. Carolina V.N., Joanna M.Z., Sarah R.B., Richeal N.R. / Treatment Outcomes in Trigeminal Neuralgia: a Systematic Review of Domains, Dimensions and Measures. // *World Neurosurg* X. 2020 Jan 27;6: 100070. doi: 10.1016/j.wnsx.2020.100070. eCollection 2020 Apr.

16. Erika I.A., Rafaela F.C., Elcio J.P., Juliana G. C. / Trigeminal Neuralgia: Basic and

Clinical Aspects // *Curr Neuropharmacol*. 2020;18(2):109119 doi:10.2174/1570159X17666191010094350.

17. Haldor S. Is this really trigeminal neuralgia? Diagnostic re-evaluation of patients referred for neurosurgery // *Scand J Pain*. 2021 Aug 2; 21(4): 788-793. doi: 10.1515/sjpain-2021-0045. Print 2021 Oct 26.

18. Sanjeet S., Nana T., Jianhua W., Ludovic Z., Lewis T., Harith A., Joanna M. Z. / Long term evaluation of a multidisciplinary trigeminal neuralgia service // *J Headache Pain*. 2022 Sep 3; 23(1): 114. doi: 10.1186/s10194-022-01489-7.

19. Zongshi Q., Shang X., Zhi M., Yan L., Jiani W., Toshi A.F., Joey S.W. K., Jinhui T., Zhishun L. / Diagnosis and treatment Comparative efficacy and acceptability of antiepileptic drugs for classical trigeminal neuralgia: a Bayesian network meta-analysis protocol // *BMJ Open*. 2018 Jan 21; 8(1): e017392. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017392.