

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА
ОРТОПЕДИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ
БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН НЕЙРОХИРУРГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

МИРЗАЕВ АЛИШЕР УМИРЗОҚОВИЧ

**УЧ ШОҲЛИ НЕРВ НЕВРАЛГИЯСИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ
МИКРОВАСКУЛЯР ДЕКОМПРЕССИЯДАН КЕЙИНГИ ҲАЁТ
СИФАТИНИ ТЕКШИРИШ**

14.00.28 – Нейрохирургия

**Тиббиёт фанлари доктори (DSc) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фан доктори (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации

Contents of the abstract of Doctoral (DSc) Dissertation

Мирзаев Алишер Умирзокович

Уч шохли нерв невралгияси билан беморларнинг микроваскуляр
декомпрессиядан кейинги ҳаёт сифатини текшириш..... 3

Мирзаев Алишер Умирзокович

Исследование качества жизни больных с невралгией тройничного
нерва после микроваскулярной декомпрессии..... 27

Mirzaev Alisher Umirzokovich

Study of the quality of life of patients with trigeminal neuralgia after
microvascular decompression..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 55

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА
ОРТОПЕДИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ
БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН НЕЙРОХИРУРГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

МИРЗАЕВ АЛИШЕР УМИРЗОҚОВИЧ

**УЧ ШОҲЛИ НЕРВ НЕВРАЛГИЯСИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ
МИКРОВАСКУЛЯР ДЕКОМПРЕССИЯДАН КЕЙИНГИ ҲАЁТ
СИФАТИНИ ТЕКШИРИШ**

14.00.28 – Нейрохирургия

**Тиббиёт фанлари доктори (DSc) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № B2017.3.DSc/Tib245 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.uzniito.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:

Аҳмедиев Махмуд Мансурович
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар:

Алиходжаева Гулнара Алаутдиновна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ризаев Жасур Алимджанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Маҳкамов Козим Эргашевич
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Андижон Давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги Бир марталик илмий кенгашнинг 2020 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100147, Тошкент шаҳри Маҳтумқули кўчаси, 78-уй. Тел.: (+99871) 233-10-30; e-mail: niito-tashkent@yandex.ru, Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100147, Тошкент шаҳри, Маҳтумқули кўчаси, 78-уй. Тел.: (+99871) 233-10-30.

Диссертация автореферати 2020 йил «_____» _____ куни тарқатилди.
(2020 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.Э. Ирисметов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш асосидаги
Бир марталик илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори

У.М. Рустамова

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш асосидаги
Бир марталик илмий кенгаш илмий котиби,
тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим

А.П. Алимов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш асосидаги
Бир марталик илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (фан доктори (DSc) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Тригеминал невралгия (ТН) жиддий касалликлардан бири бўлиб, жисмоний ва ҳиссий азоб-уқубатлар билан бирга кечади ва беморнинг ҳаётини чидаб бўлмайдиган ҳолга келтиради. ЖССТ маълумотларига кўра, касалликнинг «...тарқалиши ҳар 100 минг аҳолига 30-50 кишини ташкил қилади, касалланиш даражаси эса ҳар 100 минг кишидан 2-4 беморни...» ташкил этади¹. Жамиятнинг динамик равишда ривожланиб бориши, тригеминал невралгияда беморлар ҳаёт сифати (ХС) кўрсаткичи кескин пасайиши, беморларнинг психологик ҳолатини ёмонлашиши, муаммонинг долзарблигини ва «...ҳаёт сифатини ошириш усуллари такомиллаштиришни...»² таъкидлайди.

Жаҳонда тригеминал невралгия билан оғриган беморларни ҳаёт сифатини яхшилаш ва даволашнинг самарали усуллари такомиллаштириш бўйича катор тадқиқотлар олиб борилмоқда. Ҳаёт сифатини учта йўналиш (ҳаёт сифатининг умумий ҳолати, касаллик туфайли ҳаёт сифатининг ўзгариши, касаллик симптомлари) бўйича аниқлашга бағишланган MOS SF-36 сўровномаси, Euro QoL-5D Европа ҳаёт сифати сўровномаси, McGill Pain оғриқ сўровномаси ва бошқа 800 дан ошиқ неврологик сўровномалар ишлаб чиқилган. Гассеров тугунини радиочастотали обляция ва ризолизис қилиш, термо-криоризотомия, глицеринли блокада ва баллонли микрокомпрессия, гамма ва кибер нурлари билан нерв ўзагини нурлантириш, экзерез невротомияси каби нерв тугуни, шохлари ва илдизини деструктив парчалаш, орқа мия ўтказувчи йўллари трактомия операциялари каби деструктив усуллар мавжуд. Замонавий хирургик даволаш долзарб усуллари билан тригеминал илдизнинг микроваскуляр декомпрессияси ва унинг эндоскопик усуллар ишлаб чиқилган.

Мамлакатимизда аҳолига сифатли ихтисослаштирилган нейрохирургик ёрдам кўрсатиш бўйича самарали юқори технологик ускуналар ёрдамида тиббий хизматни такомиллаштириш бўйича ишлар олиб борилмоқда. Уларга тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш даражаси ва сифатини ошириш, шу жумладан «...аҳолига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш...»³ муҳим ҳисобланади. Бу борада ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни, шу жумладан диагностика, прогнозлаш ва даволаш усуллари тадбиқ этиш ҳисобидан ТН бўлган беморларга кўрсатилган тиббий хизмат ва уларнинг ҳаёт сифатини оширишда муайян аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини янада

¹ Коновалов А.Н. ва бошқ., 2009, Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Тяншин С.В., Отарашвили И.А., Лебедева М.А., Семенов М.С. Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва / А.Н. Коновалов, У.Б. Махмудов, В.Н. Шиманский и др. // Украинський нейрохірургічний журнал. – 2009. № 3. – С. 22.

² Симонова Г.И., Богатырев С.Н., Горбунова О.Г., Щербакова Л.В. Качество жизни населения Сибири (популяционное исследование) // Бюллетень СО РАМН. – 2006. - № 4 (122). - С. 52-55. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-naseleniya-sibiri-populyatsionnoe-issledovanie> (23.11.2019).

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПК-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарори

ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармонлари, 2017 йил 12 июндаги ПҚ-3052-сон «Соғлиқни сақлаш тизими фаолиятини янада такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида», 2019 йил 13 февралдаги ПҚ-4191-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг рухий саломатлигини муҳофаза қилиш хизматини ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазафаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологияни ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Диссертация тадқиқоти республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи⁴. Тригеминал невралгияни ташхислаш ва даволаш бўйича тадқиқотларни дунёнинг етакчи илмий тиббиёт марказлари ва университетлари, жумладан: (University of Pittsbrg) АҚШ; (Oxford University) Буюк Британия; (Helios Hospital Berlin-Buch, Helios Hospital Schwerin) Германия; (Hospital Assuta) Исроил; (Н.И. Бурденко номидаги Нейрохирургия илмий-тадқиқот институти, Н.И. Пирогов номидаги Миллий тиббий жарроҳлик маркази, Москва шаҳри) Россия Федерацияси; (А.П. Ромоданов номидаги Нейрохирургия институти, Киев шаҳри) Украина; (Миллий Нейрохирургия Маркази, Остона шаҳри) Қозоғистон; (И.К. Ахунбаев номидаги Қирғизистон давлат тиббиёт академияси, Бешкек шаҳри) Қирғизистон; (Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий - амалий тиббиёт маркази, Тошкент тиббиёт академиясида) Ўзбекистон Республикасида олиб борилмоқда.

Жахонда тригеминал невралгияни ташхислаш ва даволаш бўйича турли натижалар олинган, жумладан, (University of Pittsbrg) АҚШ; МРТ маҳсус FLESTA усулида нерв илдизи ва қон-томирлар оралиғидаги масофани 2 мм дан яқинлашиши ёки нерв илдизининг қисилиши ҳолатлари аниқланганда МВД операциясига кўрсатма ҳисобланган; (Oxford University) Буюк Британия тригеминал невралгия жарроҳлик амалиётида кистирма сифатида «Teflon, Avalon, Cotton...» каби турли хил кистирмалардан фойдаланилган ва бунда беморларда амалиётдан кейинги даврда гранулёмалар пайдо бўлиши ҳолатлари кузатилган; (Helios Hospital Berlin-Buch, Helios Hospital Schwerin) Германия МВД амалиётини ўтказишда бош-чанок нервлари илдизларини кўриш қийинчиликларига учраган; (Hospital Assuta) Исроил; МВД амалиётини ўтказгандан сўнг бош-чанок нервлари парези каби асоратлар кузатилган; (Н.И. Бурденко номидаги Нейрохирургия илмий-тадқиқот институти, Н.И. Пирогов номидаги Миллий тиббий-жарроҳлик маркази, Москва шаҳри) Россия Федерацияси; (А.П. Ромоданов номидаги Нейрохирургия институти, Киев

⁴ Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи: www.pitt.edu; www.ox.ac.uk; www.helios-gesundheit.de; www.assuta.co.il; www.nsi.ru; www.pirogov-center.ru; www.neuro.kiev.ua; www.neuroclinic.kz; www.kgma.kg; www.neuro.uz; www.tma.uz ва бошқа манбалар асосида амалга оширилган.

шаҳри) Украина; тригеминал невралгияда МВД амалиётни ўтказишда миёча эзилиш ҳолатлари, ликворея каби асоратлар кузатилган ва бу йўналишда кўплаб илмий тадқиқотлар олиб борилган.

Ҳозирги кунда жаҳонда тригеминал невралгия диагностикасида жаҳонда турли тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, 94% ҳолларда невралгиянинг этиологик омилли тригеминал илдизнинг серебеллар артериялари ва бошқа томирлар билан орқа миё чуқуридаги сиқилиши ҳисобланади. Нейроваскуляри сиқилишни аниқлаш учун қон томирларини идентификациялаш магнит-резонанс томографияни (МРТ), контрастли уч ўлчовли тасвирда ўтказиш учун махсус усули қўлланилади, бу эса уч шохли нерв илдизи бош миё ўзагига кириш жойида илдизни сиқадиган қон томирини аниқлашга ёрдам беради. Ҳозирги вақтда беморларда электронейромиография текширув усули тригеминал илдизнинг микроваскуляри декомпрессияси операциясига кўрсатма ва қарама-қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун миё ўзаги периферик ёки марказий ирритациясини аниқлаш мақсадида қўлланила бошланди.

Муаммони ўрганилганлик даражаси. Тригеминал невралгиянинг турли жиҳатлари бўйича ўтган ўн йиллар давомида кўп тадқиқотлар олиб борилган бўлса-да, унинг асосий бўлимлари, этиологияси, патогенез, ва даволаш тамойиллари билан боғлиқ кўплаб мунозарали ва ҳал этилмаган масалалар бор. Шундай қилиб, оғриқ синдромининг барча патофизиологик компонентлари ошқор қилинмай қолган (Коновалов А.Н. ва бошқ., 2009; Пузин М.Н. ва бошқ., 2010; Карпов С.М. ва бошқ., 2013; Балязина Е.В. ва бошқ., 2015; Гандылян К.С., 2015; Корневская И.А. ва бошқ., 2016; Стисси G. ва бошқ., 2008; Patel S.K., Liu J.K., 2016). ТН келиб чиқишига сабаб бошқа омиллар вирусли юқумли касалликлар оқибатлари, тиш оғриқлари ва иқлим шароитлари. Шунини таъкидлаш керакки, периферик нерв тизимининг ҳолати оғриқ синдромининг пайдо бўлишида муҳим аҳамиятга эга бўлиб, унинг зараланмаганлиги, вегетатив тизимнинг нуқсонсизлиги хирургик даволаш натижаларига ўз таъсирини кўрсатади. Вегетатив тизимдаги ўзаришларни баҳолаш муҳим аҳамият касб этади. Мослашиш даражасини аниқлаш, асосан, ҳар қандай қийин шароитларда, жумладан, ТНдаги оғриқ синдромида юзага келадиган патологик ўзгаришлар ва уларнинг компенсацияси ташхиси билан боғлиқ (Карпов С. М. ва бошқ. 2013; Хатуева А.А. ва бошқ., 2016; Maarbjerg S. ва бошқ., 2014). Тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш нисбатан яқинда бошланди, аммо ТНдаги оғриқ, беморнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир қилади. Тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолашни етарлича амалга ошириш учун учта асосий параметрларга эътибор қаратилади: ҳаёт сифатининг умумий ҳолати; ҳаёт сифати ва саломатлик ҳолати; шунингдек оғриқни баҳолаш (Белова А.Н., 2004; Новик А.А., 2012; Николаев Е.Л., 2014; Shibahashi K. ва бошқ., 2013; Shi L. ва бошқ., 2017). Оғриқ синдроми интенсивлиги, клиник ва неврологик белгилар, инструментал текширув кўрсаткичлари ва тригеминал невралгияда ҳаёт сифати параметрлари батафсил ўрганилмаганлиги туфайли, ТН учун жарроҳлик даволаш усулини танлаш билан дифференциал жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш

мунозарали бўлиб қолмоқда ва қўшимча тадқиқотларни талаб қилади.

Мамлакатимизда олиб борилган илмий тадқиқотлар тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг ҳаёти сифатини мақсадли тадқиқ қилиш (Кариев Г.М., 2010) амалга оширилган, аммо етарли даражада олиб борилмаган; Кўпгина муаллифларнинг (Гафуров Б.Г., 2010; Берлинер Е.Б., 2011; Абдуназарова Н.Ф., 2011) мавжуд нашрлари тавсифий ёки оз миқдордаги клиник материал таҳлилига асосланган. Буларнинг барчаси ҳаёт сифати соҳасида изланишларни давом эттириш ва ТНни жарроҳлик даволашда дифференциал ёндашишни такомиллаштириш зарурлигига билдиради.

Диссертация татқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг тадқиқот режасига мувофиқ АТСС 8.1 «Бош мияни хирургик даволашда миниинвазив услубларни ишлаб чиқиш ва тадқиқ қилиш» грант лойиҳаси (2009-2011 йй.) доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади тригеминал невралгияли беморларни ҳаёт сифатини, нейрохирургик даволаш динамикасини ўрганиш ва натижаларни яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

тригеминал невралгияда операциядан кейинги асоратларни камайтирадиган нерв илдизининг микроваскуляар декомпрессияси модификация очиш усулини ишлаб чиқиш;

тригеминал невралгияни даволашда нерв илдизининг микроваскуляар декомпрессияси модификация очиш усули самарадорлигини баҳолаш;

тригеминал невралгияда оғриқ синдромини интенсивлигини баҳолаш учун сўровнома ва компьютер дастурини ишлаб чиқиш;

тигеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш учун сўровнома ва компьютер дастурини ишлаб чиқиш;

тригеминал невралгияда нерв илдизининг микроваскуляар декомпрессиясига кўрсатмалар, қарама-қарши кўрсатмаларни нейродиagnostикага асосланиб аниқлаш ва нейрохирургик даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш;

сўровномалар ёрдамида тригеминал илдизни микромаскуляар декомпрессиясидан олинги ва кейин даврда беморларнинг ҳаёт сифатини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида тригеминал нерв илдизининг микроваскуляар декомпрессияси усули билан операция қилинган, Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий-амалий тиббиёт марказида 2012-2018 йилларда даволанган тригеминал невралгияси бўлган 408 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида тригеминал невралгияли беморларда клиник, неврологик, инструментал диагностика усуллари ва ҳаёт сифатини баҳоловчи сўровномалар натижалари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотнинг мақсади ва қўйилган вазифалар ечимига эришиш мақсадида клиничко-неврологик текширувлар,

рентгенография, магнит-резонанс томография (МРТ), мультислайсли компьютер томографияси (МСКТ), электронейромиография (ЭНМГ), шунингдек, сўровномалардан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

нейрохирургик даволашда тригеминал илдизни микроваскуляар декомпрессиялашнинг ишлаб чиқилган модификация очиш усули краниал нервлар визуализациясини кенгайтириши, серебеллар тракцияси, мияча ярим шарлари эзилиши ва мия суюқлигининг оқмаларини (ликворея) олдини олиши ҳамда акузия, гипокузия, юз парезлари каби асоратларни камайтириши исботланган;

тригеминал невралгия билан оғриган беморларда оғриқни баҳолаш учун ишлаб чиқилган ва синовдан ўтган сўровнома ҳамда компьютер дастури беморда оғриқнинг табиати, локализацияси, кўзгатувчи омиллари, операциядан олдинги ва кейинги даврлардаги интенсивлиги ҳамда бемордаги оғриқ синдроми оғирлиги даражаси каби субъектив маълумотларни объектив равишда баҳолаши исботланган;

тригеминал невралгия билан оғриган беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш учун ишлаб чиқилган ва синовдан ўтган сўровнома ҳамда компьютер дастури операциядан олдин ва кейинги ҳаёт сифати ва соғлиғи ҳолатини баҳолаши, касалликка ташқи омилларнинг таъсирини ва кундалик ҳаётга, кайфиятига, ҳиссий ҳолатнинг иш ва ижтимоий муносабатга таъсири аниқланган;

тригеминал невралгияни ташхислаш ва нейрохирургик даволаш учун ишлаб чиқилган алгоритм ёрдамида невралгиянинг оғирлик даражаси, соматик патология ва нейродиагностика маълумотлари, жарроҳлик даволашдаги турли хил ёндашишни ҳисобга олган ҳолда тригеминал илдизнинг микроваскуляар декомпрессияси учун кўрсатмалар ҳамда қарама-қарши кўрсатмалар аниқланган;

сўровномалар ёрдамида тригеминал илдизни микроваскуляар декомпрессиясидан олдинги ва кейинги даврда беморларнинг ҳаёт сифатини қиёсий баҳолаш учун ишлаб чиқилган сўровномалар амалиётда анъанавий фойдаланиладиган сўровномалардан сезгирлиги ва ишончлилиги жихатидан афзаллиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

тригеминал нерв илдизини микроваскуляар декомпрессиясида киритилган модификация очиш усули краниал нервларнинг умумий кўринишини яхшилашга, мия суюқлиги оқмаси, ортиқча серебеллар тракцияси ва краниал нервларнинг парези каби операциядан кейинги асоратларни олдини олиши исботланган;

тригеминал невралгия билан оғриган беморларни хирургик даволашда тригеминал нерв илдизининг микроваскуляар декомпрессиясини модификацияланган очиш усулида, мушак ва фассия бўлақларини қистирма сифатида қўллаш орқали операциядан кейинги асоратларни камайтиришига эришилган;

ишлаб чиқилган сўровнома «Оғриқ синдромини баҳолаш» ва компьютер

дастури беморларнинг субъектив сезгиларини баҳолашга ва тригеминал невралгия билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усулларини тўғри танлашга кўрсатмалар бериши исботланган;

ишлаб чиқилган сўровнома «Ҳаёт сифатини баҳолаш» ва компьютер дастури жарроҳлик даволаш натижаларининг самарадорлигини ва тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари ўзгариши динамикасини аниқлаши исботланган;

тригеминал невралгияни ташхислаш ва нейрохирургик даволаш алгоритми тригеминал невралгияни хирургик даволаш усулини танлашда табақалаштирилган ёндашув тактикаси зарурлигини исботлаган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги илмий ишда қўлланилган усуллар, назарий ёндашув ва клиник тадқиқотлар услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот беморлари сонининг етарлилиги, клиник инструментал текширувлар қўлланилиши, олинган натижаларнинг статистик таҳлиллар ёрдамида тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқотнинг илмий аҳамияти тригеминал невралгияда оғриқни баҳолаш учун ишлаб чиқилган сўровнома ва компьютер дастури қулай, аниқ ва тушунарли, сўровноманинг сезгирлиги ва ишончлилиги тадқиқотлар билан тасдиқланган, сўровнома оғриқ синдромини интенсивлигини объектив баҳолашга ёрдам бериш; тригеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш сўрономаси ва компьютер датури беморларда субъектив белгиларни объективлаштиришга операциядан олдин кейинги вақлардаги ҳаёт сифати динамикасини ўрганишга, даволаниш натижаларини ҳам тезда аниқлаш; ишлаб чиқилган «тригеминал невралгияни ташхислаш ва нейрохирургик даволаш алгоритми» тригеминал невралгия билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усулини танлашга турлича ёндошиш; ишлаб чиқилган сўровномалардан ва беморнинг фаолият соҳалари тўғрисидаги маълумотлардан фойдаланиш, даволаш ва реабилитация дастурларини ишлаб чиқишда, ҳамда, даволаниш пайтида беморнинг ҳолатини кузатишда қўллашда, тиббиётдан социологикгача бўлган турли йўналишларни қиёсий ва илмий баҳолашда ҳам фойдаланиш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти тригеминал нерв илдизини микроваскуляр декомпрессиялашга киритилган модификация очиш усули краниал нервларнинг умумий кўриниш ҳолатини яхшилашга, ортиқча серебеллар тракциясини камайтиришга, шунингдек тригеминал невралгия билан оғриган беморларда мия суюқлиги оқмаси кўринишидаги операциядан кейинги асоратларни камайтириш; тригеминал невралгия билан оғриган беморларни хирургик даволашда тригеминал нерв илдизининг микроваскуляр декомпрессиясини модификацияланган очиш усулида, мушак ва фассия бўлақларини қистирма сифатида қўллаш, операциядан кейинги асоратларни камайтиришга ёрдам бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Уч шохли нерв невралгияси билан беморларнинг микроваскуляр декомпрессиясидан кейинги ҳаёт сифатини текшириш буйича илмий тадқиқотлар натижалари асосида:

«Тригеминал невралгияда оғриқини баҳолаш учун сўровнома» услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 3 июндаги 8Н-р/220-сонли маълумотномаси). Тригеминал невралгия билан беморларда оғриқнинг интенсивлигини миқдорий равишда ўлчаш, оғриқ синдромининг оғирлигини етарли даражада баҳолаш, даволаш самарадорлигини таҳлил қилиш имконини берган;

«Тригеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш учун сўровнома» услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 3 июндаги 8Н-р/221-сонли маълумотномаси). Ҳаёт сифати ва беморнинг психосоматик ҳолатини баҳолаш, ҳаёт сифатини яхшилага оид кўрсатмалар бериш имконини берган;

«Тригеминал невралгия учун микроваскуляр декомпрессия модификация очиш усули» услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 3 июндаги 8Н-р/222-сонли маълумотномаси). Таклиф қилинган модификация очиш усулидан фойдаланиш миячани ортиқча тракциясини, мия суяқлигининг оқмаси пайдо бўлишини ва мушак, ёғ тўқималари ва фасция парчалари кўринишидаги прокладкалардан фойдаланиш бошқа асоратларни олдини олиш имконини берган;

Олинган натижалар Бухоро ва Навоий вилоятлари кўп тармоқли тиббиёт марказларида, Навоий кон-металлургия комбинати тиббий санитария бўлимида (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 26-ноябрдаги 8Н-д / 286-сонли хулосаси ва 05.06.2020 йилдаги 8Н-з/38-сонли хулосалари) тадқиқ қилинган. Олинган натижаларнинг амалиётга жорий этилиши даволанишнинг етарли ҳажмини танлашга, оптималлаштиришга, текширув ва терапия вақтини қисқартиришга, рецидивлар сонини камайтиришга имкон берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 3 таси халқаро ва 2 таси республика миқёсида илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 40 илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 14 та мақола, жумладан, 9 таси республика ва 5 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, олтита боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 190 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида муаммонинг долзарблиги ва заруриятлилиги асосланган, мақсад ва вазифалар шакллантирилган, шунингдек ўрганиш объекти ва предмети, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиясини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги амалга оширилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти ошкор қилинган, маълумотлар берилган тадқиқот натижаларини амалиётга,

нашр этилган ишларга ва диссертация тузилмасига киритилган.

Диссертациянинг «**Тригеминал невралгияси бўлган беморларни замонавий тасхислаш, нейрохирургик даволаш усуллари ва ҳаёт сифати**» деб номланган биринчи бобида адабий шарҳ тақдим этилган, унда тригеминал невралгия (ТН)нинг тиббий ва ижтимоий аҳамияти, муаммони ўрганиш тарихи, таснифи ва этиопатогенези, шунингдек, ТН билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати ва хирургик даволаш ҳолати ўрганилганлиги келтирилган.

Диссертациянинг «**Материаллар ва тадқиқот усуллари**нинг клиник тавсифи» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот объектининг хусусиятлари, юзага келган муаммоларни ҳал қилиш усуллари ва услубий ёндашувлари берилган. Ушбу тадқиқотда 2012-2018 йиллар давомида Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий-амалий тиббиёт марказида даволанган уч шохли нерв невралгияси бўлган, тригеминал нерв иллизининг микроваскуляр декомпрессияси (МВД) билан даволанган 408 нафар беморлар таҳлил қилинган.

Тригеминал невралгия билан касалланган 408 нафар беморларнинг барчаси илгари қабул қилинган даволаш усулларига қараб икки гуруҳга бўлинган: биринчи гуруҳга клиникага келишдан олдин турли хил хирургик даволаш усулларини ўтказган тригеминал невралгияли 230 нафар бемор (56,4%) киритилган. Иккинчи гуруҳ 178 нафар (43,6%) хирургик усулда даволанмаган ва клиникага келишдан олдин фақат консерватив даволанган беморни ўз ичига олган. Беморларнинг ўртача ёши 53 ёшни ташкил этди, беморларнинг орасида эркакларга нисбатан аёллар сони қарийб бир ярим барабар кўплиги аниқланди. Касалликнинг ўртача давомийлиги 7 йилни, касаллик бошланиши эса ўртача 46 ёшни ташкил этди (1-жадвал).

1-жадвал

Тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

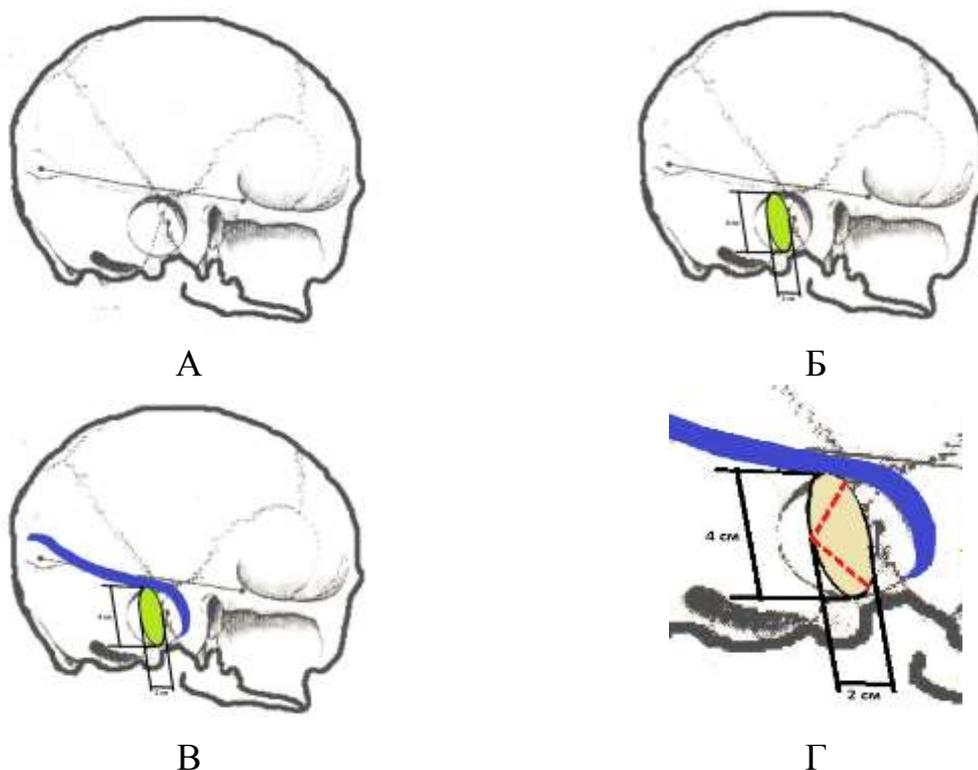
Ёш гуруҳлари	Беморларнинг жинси				Сони	
	Эркак	%	Аёллар	%	Abs	%
25-35 ёшда	16	9,9	11	4,5	27	6,6
36-45 ёшда	31	19,3	48	19,5	79	19,4
46-60 ёшда	68	42,2	100	40,7	168	41,2
60-74 ёшда	40	24,8	83	33,7	123	30,1
75-89 ёшда	6	3,7	4	1,6	10	2,5
90 ва ундан катта	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Жами	161	39,5	246	60,3	407*	99,8

Изоҳ: * - 1 бемор - 25 ёшгача бўлган эркак; кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0,0004$)

Беморларда хирургик даволаш самарадорлиги қуйидаги мезонларни аниқлаш орқали баҳоланди: хирургик даволаш натижаларини - сезиларли яхшиланиш; яхшиланиш; ва биров яхшиланиш. Операциядан олдин ва кейин барча текширилган беморларнинг ҳаёт сифати баҳоланди. Бунинг учун таниқли MOS SF-36, EuroQol-5D, ҳаёт сифати бўйича Европа сўровномаси, қисқача оғриқни аниқлаш McGill Pain сўровномаси, шунингдек оғриқлар

даражаси ва ҳаёт сифатини баҳолаш бўйича ишлаб чиқилган сўровномалардан фойдаланилди. Барча беморларда клинко-неврологик текширувлар ва бир қанчасида электронейромиографик тадқиқотлар ўтказилди. Нейроваскуляр сиқилишни аниқлаш радиацион диагностикаси компьютер томография (КТ) ва магнит-резонанс томографияларни (МРТ) ўз ичига олади. Тригеминал невралгия ташҳиси қўйилгандан сўнг, барча беморларга хирургик операцияси ўтказилди - нейроваскуляр сиқилишни бартараф этиш учун тригеминал илдизнинг микроваскуляр декомпрессияси (МВД) ретросигмовид краниотомия орқали амалга оширилди.

Микроваскуляр декомпрессияси операциясидан кейинги асоратларни олдини олиш учун модификация очиш услуби тадбиқ қилинди (1-расм).



1-расм. Микроваскуляр декомпрессия модификация очиш усули:
 а) мавжуд очишусули; б) таклиф этилган модификация олчиш усули;
 с) модификация очиш усули анатомик белгилари;
 д) мия қаттик пардаси модификация очиш усули.

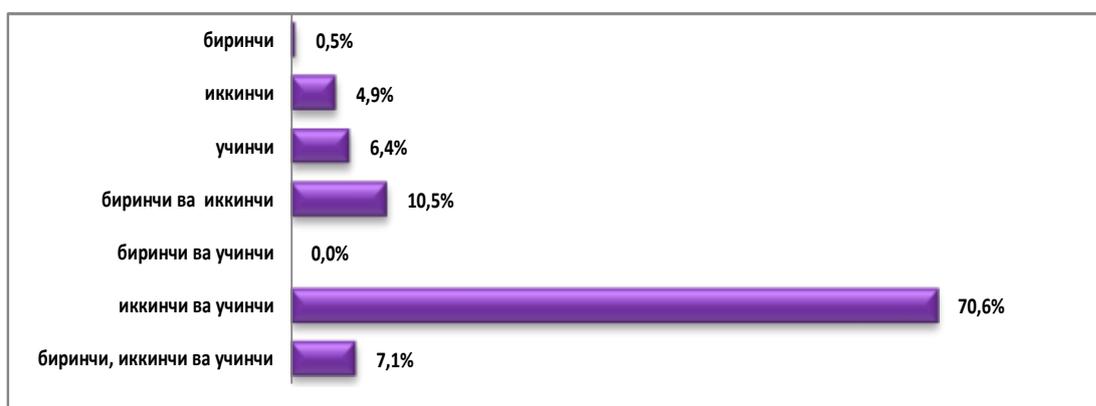
Ишлаб чиқилган сўровномаларнинг статистик таҳлили ўтказилди, у куйидаги босқичлардан иборат эди: анкетанинг ўзи ва сўровноманинг ҳар қандай шкаласи ишончилигини таҳлил қилиш; сўровнома шкаласини ўчиришда тавсифловчи статистикани таҳлил қилиш; даволашдан олдин ва кейин экспериментал натижаларнинг бир хиллигини текшириш; сўров варақалари корреляцион таҳлили. Ишлаб чиқилган сўровномаларнинг статистик таҳлили давомида уларнинг ҳар хил тақсимлангани, яъни улар ишончилиги, ишончли ва сезгир эканлиги тасдиқланди.

Тадқиқот давомида олинган барча текширув натижалари статистик

функциялар кутубхонаси ёрдамида арифметик ўртача (M), стандарт оғиш (σ) ва стандарт хатони (m) ҳисоблаш билан EXCEL пакетида ишлаб чиқилган дастурлардан фойдаланган ҳолда шахсий компьютерда статистик ишлов берилди, нисбий қийматлар (частота,%), хато эҳтимолини (P) ҳисоблаш билан Стъудентнинг мезони (t) аниқланди. Ўртача қийматлардаги тафовутлар $P < 0,05$ муҳимлик даражасида муҳим деб ҳисобланган. Шу билан бирга, клиник синов натижаларини статистик қайта ишлаш бўйича мавжуд кўрсатмаларга риоя қилинди.

Диссертациянинг «Ўрганилаётган беморларда тригеминал невралгиянинг клиник кўриниши» деб номланган учинчи бобида таҳлил қилинган беморларда ТНнинг намоён бўлишини акс эттиради, 408 нафар беморнинг 280 нафарида (68,6%) улар типик, ўнг томонда жойлашган бўлиб, юзнинг куйдирувчи ва чидаб бўлмас оғриқлари билан ифодаланган зарарланган нерв шохларининг V_2 ва V_3 да бўлиши 288 нафар (70,6%) беморларда кузатилди (2-расм).

Оғриқни кўзгатувчи асосий омиллар тишни даволатиш, тиш экстракцияси, протезлаш бўлиб, улар 127 нафар (31,1%) беморни ташкил этдилар, уларнинг бир қисми ўтказиб юборилган оториноларингологик ва неврологик касалликлар натижалари, шунингдек стресс, гипотермия ва ва бошқалар. Шу билан бирга, беморларнинг кўпчилигида 380 (93,1%) ҳолатларда чайнаш, овқатланиш ва гаплашиш пайтида кучайиб борган оғриқ хуружларининг бошланишига сабаб бўлишига аниқ боғлиқлигини қайд этдилар. Оғриқнинг бошланишига сабаб бўлган бошқа омиллар: тегиниш - 34 (8,3%), совуқлик - 20 (4,9%) ҳолатлар, тишни тозалаш - 12 (2,9%), ювиниш ёки соқол олиш - 5 (1,2%), оғиз очилиши - 3 (0,7%), шамол тегиши - 2 (0,5%), шунингдек 1 (0,2%) ҳолат - аксириш ва бош ҳаракатлар.



2-расм. Тригеминал нерв шохлари бўйлаб оғриқни тарклиши

Тригеминал нервнинг ўнг томонлама иккинчи ва учинчи шохлари асосан патологик жараёнга иштироки аниқиланган: бундай беморларнинг биринчи гуруҳида 68,3% (157 нафар бемор), иккинчи гуруҳда - 68% (121 нафар бемор) борлигидир. Иккала гуруҳдаги беморларда нерв шохчалари касаланиши кўшалок келиши хар хиллиги кузатилди. Шундай қилиб, биринчи гуруҳдаги ТНнинг биринчи ва иккинчи нерв шохларининг

зарарланиши бирга келиши 5,7% (13 нафар бемор), иккинчи гуруҳда - 15,2% (27 нафар бемор) да кузатилди. Бизнинг тадқиқотимизда биринчи ва учинчи нерв шохларининг бир вақтнинг ўзида зарарланиши кузатилмади.

Ўрганилган 408 нафар бемордан триггер нуқталари бўлган беморларнинг сони текширилганларнинг ярмидан кўпроғини ташкил этди - 220 (53,9%), ва триггер зоналари алоҳида - 78 (19,1%) ва биргаликда – 285 (69,8%) ҳолатларда кузатилди. Ўлчамлари бўйича улар диаметри 1-2 мм дан 1-2 см гача эди ва асосан назолабиал минтақада жойлашган эди - 149 (52,3%) ҳолатлар – бу эса барча триггер нуқталарининг ярмидан кўпини ташкил қилади (2-жадвал).

2-жадвал

Ўрганилаётган беморларда триггер нуқталарни локализацияси,
n = 220 (53,9%)

Триггер нуқталарининг локализацияси, n=220 беморлар	абс.	%
Насолабиал учбурчак	149	52,3
Ментал худуд	76	26,7
Пешона-ёноқ худуди	27	9,5
Оғиз бўшлиғи	16	5,6
Ёноқ	6	2,1
Қулоқ атрофи худуди	5	1,8
Валле нуқталари	4	1,4
Бўйин III-IV умиртқалари ўсиқлари худуди	2	0,7
Жами	285	

Ментал минтақадаги триггер кўзғатиш нуқталари 76 (26,7,1%) ҳолатларда ва кам ҳолларда фронтал-зигоматик минтақада - 27 (9,5%), оғиз бўшлиғида - 16 (5,6%), ёноқларда, паротит минтақаси, бўйинда - атиги 8 та (2,8%), шунингдек Валле нуқталарида - 4 та ҳолат (1,4%) бўлганлиги кузатилди.

Шуни таъкидлаш керакки, 19 та (4,7%) ҳолатларда 408 нафар беморнинг триггер нуқталарининг тригеминал иннервация зоналарига мос келмаслиги қайд этилди. Неврологик асоратлар кўпинча ўтмишдаги оғирлаштирувчи биргаликда келувчи соматик патологияларга эга бўлган ёки илгари хирургик операцияларни амалга оширган беморларда учради. Барча ўрганилган беморларнинг 235-тасида сезгирлик бузилиши ва вегетатив дисфункциялар кузатилиши (57,2%) ни ташкил қилди. Ушбу ўзгаришлар оғриқ зонасида сезиларли даражада аниқланди, камроқ қўшни жойларда ва соғлом томонда, ҳар иккала ҳолда ҳам, биргаликда 222 нафар (54,4%) беморда сезувчанлик бузилиши аниқланди. Бизнинг кузатишларимиздаги вегетатив дисфункциялар 48 нафар (11,8%) беморларда гиперемия, сўлак оқиши ва кўз ёши оқиши кўринишида кузатилганлиги аниқланди.

Барча 408 нафар беморлардан 61,5% (251 нафар беморлар) да соматик патологияси 322 ҳолатни ташкил этди, алоҳида ва қўшалокланган ҳолда учради. Соматик касалликларнинг мавжудлиги клиник кўринишнинг ёмонлашишига сезиларли таъсир кўрсатганлиги, баъзида асосий касалликни кучайтирганлиги, аммо тригеминал нерв шохлари зарарланиш миқдорига таъсир кўрсатмаганлиги аниқланди. МВДдан сўнг клиникага келишдан

олдин такрорий касалланиши бўлган беморларнинг умумий сони 10 нафарни (2,4%) ташкил этди. Уларнинг қайталаш даври давомийлиги 1 йилдан 4 йилгача бўлганлиги аниқланди. Қайталашга (рецидив) турли омиллар таъсир кўрсатди: биргаликда келадиган соматик патология (60% ҳолатларда) ва иқлим шароитлари (100% ҳолатларда) сабаб бўлганлиги аниқланди.

Диссертациянинг «**Тригеминал невралгия билан оғриган беморларни нейрохирургик даволаш натижалари ва баҳолари**» деб номланган тўртинчи бобда тригеминал невралгияси бўлган барча 408 нафар (100,0%) беморларда МВДнинг ретросигмоид краниотомия усулида хирургик даволаш ва шунингдек барча даволаш давларидаги 134 нафар (32,8%) беморларда операциядан кейинги асоратларни бартараф қиладиган, таклиф қилинган микроваскуляр декомпрессия модификация очиш усули билан нейрохирургик даволаш ўтказилган беморларнинг даволаш натижалари келтирилган.

Интраоперацион таҳлил тригеминал нервни сиқилиш сабаблари аксарият қисми артериал томирлар, артериал ва веноз томирлар сиқилишлари бўлиб, уларнинг ҳар иккаласи ҳам 246-та (60,3%) ва комбинацияланган 130-та (31,9%) ҳолатларда кузатилганлиги аниқланди. Сиқилишларнинг энг катта миқдори нерв илдизини церебеллар артериялари томонидан сиқилиши эканлиги аниқланди - 169 нафар беморда, бу 41,4% ни ташкил этди. Арахноид қобикнинг қалинлашиши ва битишмалар 32 ҳолатда тригеминал илдизнинг сиқилишини келтириб чиқарди, бу 7,8% ни ташкил этди.

Хирургик даволаш натижаларини баҳолаш учун куйидаги мезонлар ишлатилган - сезиларли яхшиланиш; яхшиланиш; ва бироз яхшиланиш. Сезиларли яхшиланиш - тригеминал нервини иннервация қилиш соҳасида оғриқ бартараф қилинган беморларни ўз ичига олди. Беморларнинг ҳолати оғриқ қолдирувчи воситаларни ёки антиконвулсантлардан фойдаланишни талаб қилмайди, бемор бемалол гапирди ва овқатланди, ўзини бутунлай соғлом ҳис қилади. Яхшиланиш - оғир невралгия хуружлари хирургик амалиётдан кейин йўқолган ҳолатларда қайд этилади, аммо озгина оғриқ бор ёки стационар даволанишни талаб қилмайдиган енгил сезгир ҳудуд бўлган, қисқа муддат (1 ойгача) антиконвулсант дориларни қўллаш талаб қилинган беморлар ҳисобланади. Операциядан кейин оғриқнинг сақланиши ёки кучайиши, сезувчанликнинг кескин бузилиши, асоратлар, рецидивлар кузатилган ва узоқ вақт (3-6 ойгача) оғриқ қолдирувчи воситалар, психотроп дориларни қўллаш зарур бўлган ҳолатларда - бироз яхшиланиш деб қайд этилади.

Ўрганилган 408 нафар ТН билан оғриган беморларда тригеминал нерв илдизининг МВДси ёрдамида нейрохирургик даволаниш натижаларини таҳлил қилиш ва баҳолаш шуни кўрсатдики, ҳар иккала гуруҳдаги беморларнинг соғлиғи яхшиланган ва операциядан кейин оғриқ йўқлиги ёки пасайиши (регресси) 373 нафар (91,4%) беморлар, шундан 207 нафари (90,0%) - биринчи гуруҳда, иккинчи гуруҳда - 166 нафар (93,3%) беморларда кузатилди. Шу билан бирга, иккала гуруҳда сезиларли яхшиланиш билан 152 нафар (37,3%) ва яхшиланган 221 нафар (54,2%) беморлар кузатилди.

Биринчи гуруҳда иккинчи гуруҳга караганда кўпроқ беморларда сезиларли яхшиланиш кузатилди - мос равишда 95 нафар (41,3%) ва 57 нафар (32,0%) эканлиги аниқланди. Иккинчи гуруҳда яхшиланган беморларнинг улуши биринчи гуруҳдан устун бўлган - мос равишда 112 нафар (48,7%) ва 109 нафар (61,2%) эканлигини кўрсатди. Барча 408 нафар беморлар орасида 35 нафар (8,5%) беморда бироз яхшиланиш кузатилган, биринчи гуруҳдаги беморларнинг улуши иккинчи гуруҳга нисбатан 1,5 баравар юқори бўлиб, 23 нафар (10,0%) ва иккинчи гуруҳ 12 нафарни (6,7%) ташкил қилди (3-жадвал).

3-жадвал

Ўрганилган беморларни хирургик даволаш натижалари, n = 408

Бемор гуруҳлари	Сезиларли яхшиланиш		Яхшиланиш		Бироз яхшиланиш		Яқуний	
	абс.	%	абс.	%	Абс.	%	абс.	%
Биринчи	95	41,3	112	48,7	23	10,0	230	56,4
Иккинчи	57	32,0	109	61,2	12	6,7	178	43,6
Жами	152		221		35		408	
%	37,3		54,2		8,5		100,0	

Изоҳ: кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0.001$)

Операциядан олдинги давр билан солиштирилганда оғриқнинг локализациясини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, операциядан кейинги даврда оғриқ синдромининг частотаси иккала гуруҳда ҳам сезиларли даражада пасайган: операциядан олдин ҳар хил интенсивликдаги оғриқ 100% ҳолларда кузатилган, операциядан кейин оғриқ фақатгина 4 нафар (1,0%) ва ҳар бир гуруҳда 2 нафардан бемор аниқланган (4-жадвал).

4-жадвал

Операциядан кейин ўрганилаётган беморларда оғриқнинг намоён бўлиш кўрсаткичлари, n = 408

Бемор гуруҳлари	Оғриқни намоён бўлиши			Яқуний
	Оғриқ йўқ	Оғриқ пасайиши	Оғриқ бор	
Биринчи	73	155	2	230
Иккинчи	71	105	2	178
Жами	144	260	4	408
%	35,3	63,7	1,0	100

Изоҳ: кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0.001$)

Неврологик дисфункциялар кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, МВДни тригеминал нерв илдизида қўллаш 144 нафар беморларда операциядан олдинги 222-та сезгирлик функцияларини бузилишини тиклашга ёрдам берди ва бу 64,9% ни ташкил этди. Сезувчанлиги пасайган беморларнинг сони - 222 нафарни (54,4%) ташкил қилиб, операциядан сўнг 78 нафаргача (19,1%) камайди. Операциядан олдин

ва кейин неврологик дисфункцияларнинг умумий сони иккала гуруҳдаги беморларда гипестезия - 152 (52,2%) ва 66 (16,2%), сўнгра, анестезия - 113 (38,8%) ва 8 (2,0%), кейин гиперестезия - 20 (6,9%) ва 2 (0,5%), шунингдек, парестезия - 6 (2,1%) ва 2 (0,5%), тегишлича, қўйидагича ҳолатларда кузатилди (5-жадвал).

5-жадвал

Операциядан олдин ва кейин ўрганилган беморларда сезувчанлик бузилишларининг кўрсаткичларини қиёсий баҳолаш, n = 408

Сезувчанлик бузилиши	Операциядан олдин, n = 222 (54,4%)				Операциядан кейин, n=78 (19,1%)			
	Гуруҳлар		Якуний	%	Гуруҳлар		Якуний	%
	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
Жами	154	137	291	100,0	45	33	78	19,1

Изоҳ: кўрсаткичлар орасидаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0.01$)

Операциядан олдин ва кейин вегетатив дисфункцияларнинг қиёсий кўрсаткичлари, уларнинг намоён бўлмаганлиги, бажарилган хирургик даволаш самарадорлигини исботлади - операциядан олдин вегетатив дисфункциялари бўлган 48 нафар (11,8%) беморларда операциядан сўнг вегетатив дисфункциялар аниқланмади (6-жадвал).

6-жадвал

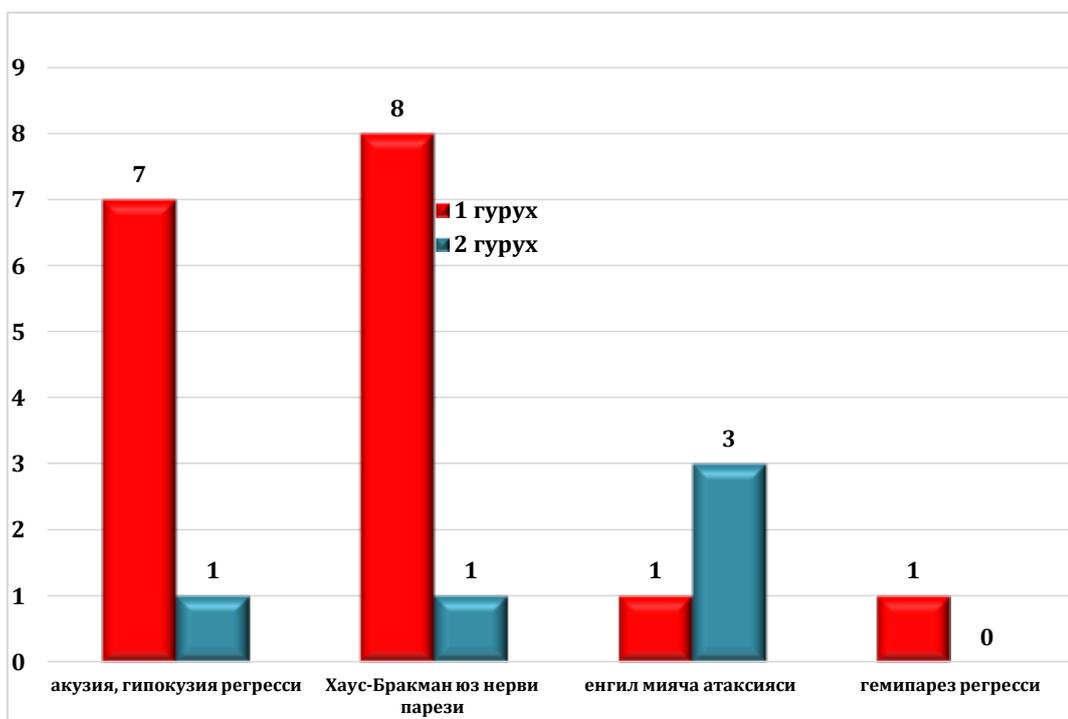
Операциядан олдин ва кейин ўрганилган беморларда вегетатив дисфункцияларнинг қиёсий кўрсаткичлари, n = 408

Вегетатив Дисфункция	Операциядан олдин, n=48 (11,8%)				Операциядан кейин, n=0			
	Гуруҳлар		Якуний	%	гуруҳлар		Якуний	%
	1	2			1	2		
Гиперемия	11	20	41	67,2	беморларда вегетатив дисфункция кузатилмади			
Сўлак оқиши	-	1	1	1,6				
Кўз ёш оқиши	7	8	19	31,1				
Абс	18	29	61	100,0				

Изоҳ: кўрсаткичлар орасидаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0.01$)

Нейрохирургик даволашда МВДдан кейинги асоратлар жами 19 нафар (4,7%) бемор ва 22 та ҳолатга тўғри келди. Шу жумладан, биринчи гуруҳда 15-та (6,5%), иккинчи гуруҳда 4-та (2,2%) ҳолат қайд этилди. Биринчи гуруҳдаги беморларда асоратлар сони иккинчи гуруҳга қараганда 3 баравар кўплиги аниқланди.

Энг кўп ҳолатлар - эшитиш қобилиятини бузилиши 7 (31,8%) ва Хаус-Бракман юз нерви парезлари 8 (36,4%) пайдо бўлганлиги биринчи гуруҳда қайд этилган. Иккинчи гуруҳда Хаус-Бракман парези ва акузия / гипоакузиялар биттадан учраб (4,5%) ни ташкил қилган. Биринчи ва иккинчи гуруҳда церебеллар атаксияси 1 та ва 3 та ҳолатларда қайт қилинган (3-расм).

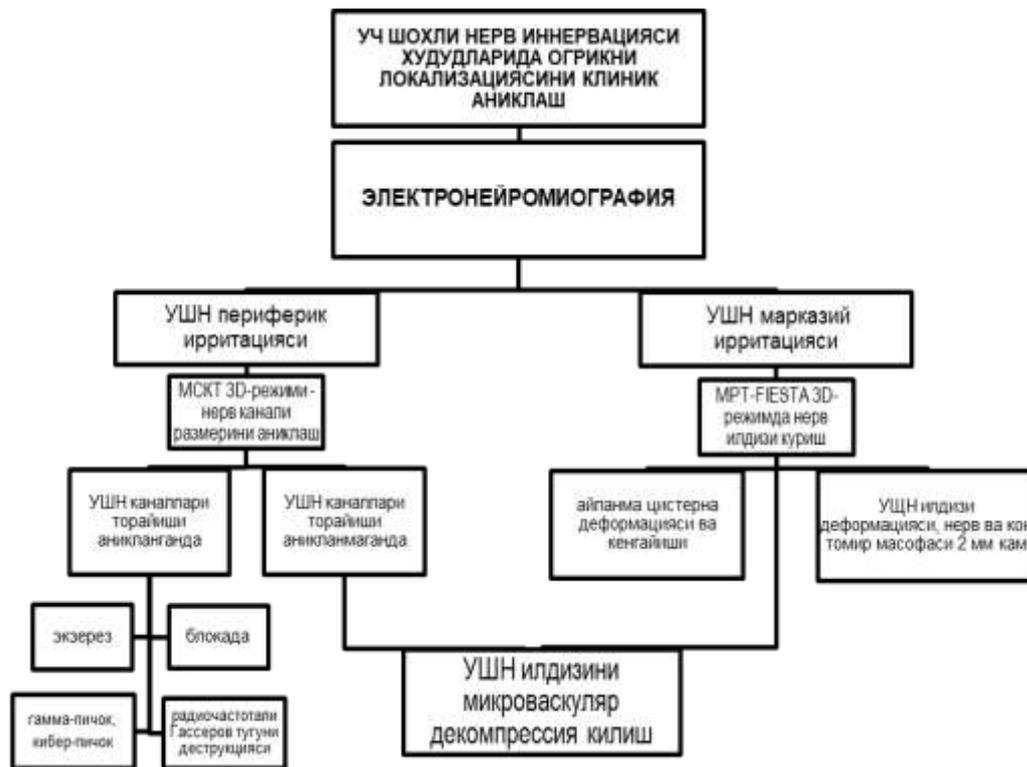


3-расм. Тригеминал невралгияда нерв илдизининг микроваскулярь декомпрессиясидан кейинги асоратлар

Тригеминал нерв илдизининг МВД ёрдамида ТН билан оғриган беморларни хирургик даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, нейроваскулярь сиқилишни бартараф қилиш ТН асосий симптомини - оғриқни йўқ қилади, беморларнинг умумий ҳолатини яхшилади, сезувчанлик ва вегетатив дисфункцияларнинг бузилишини тиклашга ёрдам беради, шунингдек ҳаёт сифатини яхшиланишига таъсир кўрсатди.

Шундай қилиб, тригеминал илдизининг микроваскулярь декомпрессиясини ўтказишнинг асосий мақсади оғриқ синдромини йўқ қилиш бўлиб, унинг самадорлиги оғриқ йўқолиши ва регрессини ҳисобга олганда 99% ташкил этди. Ишлаб чиқилган алгоритм ТН билан касалланган беморларнинг диагностикасини яхшилаш, шунингдек, МВДга кўрсатмаларини ва қарама-қарши кўрсатмаларини аниқлашга ва хирургик даволаш усулини танлашга дифференциал ёндашиш имконини берди. МВД учун нисбий кўрсатмалар: айланма цистернани кенгайтириш, дастлабки консерватив ва хирургик даволашнинг самарасизлиги ҳисобланади.

Беморнинг оғир соматик ҳолати тригеминал нерв илдизининг МВД учун нисбатан қарама-қарши кўрсатма ҳисобланади. МВД ўтказиш учун мутлоқ қарама-қарши кўрсатмалар қуйидагилардир: бирга келадиган соматик патологиянинг мавжудлиги ёки бошқа сабаб туфайли умумий наркоз қилишнинг мумкин эмаслиги. МВД ўтказиш учун мутлақо қарама-қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, беморларда хирургик даволашнинг бошқа усуллари - тригеминал нерв шохларининг блокадалари, эксерези ва бошқа усуллар қўлланилади. (4-расм).



4-расм. Тригеминал невралгияни ташхислаш ва нерохирургик даволаш алгоритми

Диссертациянинг «**Нейрохирургик даволанишдан олдин ва кейин тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш**» деб номланган бешинчи бобда МВДни 2012-2018 йиллар давомида ТН билан касалланган барча 408 нафар беморларда қўллаш ва сўровномалар натижалари берилган, умумий саломатлик профилини, оғриқни баҳолашни ўз ичига олган сўровномалар ишлатилган. Невралгия намоён бўлишининг асосий кўрсаткичи сифатида саломатлик профилини ва оғриқ синдроми интенсивлигини баҳолаш: MOS SF-36, EuroQol-5D; McGill Pain қисқа сўровномалари, «Тригеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш» ва «Тригеминал невралгияда оғриқни баҳолаш» учун ишлаб чиқилган сўровномаларни қўллаш орқали амалга оширилган.

Ўрганилган беморларнинг ҳаёт сифати бўйича тадқиқотлар уч даврга бўлинган: биринчи даврда (2012-2014йй.), 111 (27,2%) MOS SF-36 ва McGill сўровномалари ишлатилган; иккинчи даврда (2015-2016йй.) - 133 (32,6%) MOS SF-36, McGill ва EuroQol-5D; учинчи даврда (2017-2018йй.) - 164 (40,2%) MOS SF-36, McGill, EuroQol-5D ишлаб чиқилган «Тригеминал невралгия учун ҳаёт сифатини баҳолаш» ва «Тригеминал невралгия учун оғриқ синдромини баҳолаш» сўровномаларини қўллаш орқали беморларда текшириш ўтказилган.

MOS SF-36 сўровномасидан фойдаланган ҳолда ҳаёт сифатини баҳолаш шуни кўрсатдики, МВД қўлланилган ҳар иккала гуруҳидаги беморларнинг жисмоний ва психологик таркибий қисмларнинг кўрсаткичлари операциядан

олдин кейинги даврга нисбатан ёмонроқ, соғлиқнинг жисмоний таркибий қисмидаги кўрсаткичлар фарқи эса унчалик катта эмас эди. Яъни ТН билан оғриган беморларда сурункали оғриқ синдроми операциядан олдин ва ундан кейин ҳам жисмоний ҳолатга қараганда беморларнинг психологик ҳолатига кўпроқ таъсир кўрсатганлиги аниқланди.

McGill сўровномасига кўра, ҳар уч даврда ҳам операциядан кейинги даврда беморларнинг иккала гуруҳида оғриқ интенсивлиги кўрсаткичлари йўқ ёки сезиларли даражада паст бўлиб, операциядан олдинги даврга нисбатан 5 баллдан 0,5 гача тушганлиги аниқланди. Иккала гуруҳда ҳам иккита сўровномалар натижалари МВДнинг самарадорлигини кўрсатди, операциядан кейинги даврда жисмоний ва психологик таркибий қисмларнинг кўрсаткичлари ошди ва оғриқ интенсивлиги операциядан аввалгига қараганда йўқолган ёки анча паст бўлганлиги қайд қилинган.

EuroQol-5D сўровномасидан фойдаланган ҳолда ҳаёт сифатини баҳолаш иккинчи ва учинчи даврларда иккала гуруҳдаги беморларнинг психологик ҳолати ёмонлашиши кўрсаткичлари натижалари жисмоний кўрсаткич даражасидан юқори эканлиги тасдиқланди. Бундан ташқари, гуруҳлар ўртасидаги фарқ операциядан олдин ва ундан кейин ҳам бўлган. Ҳаёт сифатини баҳолашда нейрохирургик даволаниш натижаларига кўра, EuroQol-5D кўрсаткичлари MOS SF-36га ўхшаш бўлиб МВД тригеминал невралгияни хирургик даволашда самарадорлигини тасдиқлади.

Ишлаб чиқилган «Тригеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш» сўровномасидан фойдаланиш биринчи ва иккинчи гуруҳлардаги ҳаёт сифати даражаси операциядан олдин 6 балл ва операциядан кейин 4 баллгача фарқ қилиши мумкинлигини кўрсатди. Бундан ташқари, операциядан кейинги ҳаёт сифати кўрсаткичлари ҳар иккала гуруҳда ҳам операциядан олдинги давр билан солиштирилганда яхшиланди, бу операциядан кейинги даврда ҳаёт сифатининг ошишига мос келди ва МВД ёрдамида нейрохирургик даволаш самарадорлигини исботлади. Гуруҳлар орасидаги фарқлар биринчи гуруҳдаги беморларнинг клиникага келишдан олдин вақтинчалик таъсирга эга бўлган бир неча турдаги хирургик даволанишдан ўтганлиги ва беморларнинг аксариятида доимий кўшимча соматик патологиялар мавжудлиги, касалликнинг давомийлиги ўртача 7 йилдан кўпроқ бўлганлиги билан изоҳланади. Буларнинг барчаси операциядан олдинги даврда биринчи гуруҳдаги беморларда иккинчи гуруҳдаги беморларга нисбатан ҳаёт сифати даражаси кўпроқ ёмонлашганлигини тасдиқлади. Гуруҳлар орасидаги ҳаёт сифати кўрсаткичлари ўртасидаги тафовутлар ишлаб чиқилган сўровномаларнинг юқори даражада сезгирлигини кўрсатди.

Ишлаб чиқилган «Тригеминал невралгияда оғриқ синдромини баҳолаш» сўровномасини қўллаш шуни кўрсатдики, текширилган беморларда операциядан олдинги даврда оғриқ кўрсаткичлари биринчи гуруҳдаги энг ёмон кўрсаткичлар билан операциядан олдин 4 баллгача бўлган гуруҳлар ўртасида фарқ қилган ва ундан кейин - унчалик сезиларли эмас, 2 баллгача фарқланган. Буларнинг барчаси оғриқ синдромининг юқори интенсивлигини ва операциядан олдинги даврда биринчи гуруҳ беморларида иккинчи гуруҳга

караганда кўпроқ даражада ёмонлашишини тасдиқлади. Шу билан бирга, операциядан кейинги даврда иккала гуруҳда оғриқ интенсивлиги кўрсаткичлари пасайган, бу МВДни қўллаш тригеминал невралгияда оғриқ синдромини йўқ қилишда самарадорли эканлигини тасдиқлади. Бундан ташқари, гуруҳлар орасидаги оғриқ интенсивлиги кўрсаткичларидаги фарқ ТН учун ишлаб чиқилган оғриқ синдроми сўровномасининг юқори сезгирлигини кўрсатди.

Учинчи даврда (2017-2018 йй.) ишлаб чиқилган сўровномаларнинг 164-та беморда текширувдан ўтган таҳлиллари асосида шуни таъкидлаш мумкинки, оғир ва ўртача оғирликдаги ТН билан оғриган беморларга тригеминал илдизнинг МВД усулида нейрохирургик даволаниш унинг юқори самарадорлиги туфайли тавсия этилади. ТНнинг енгил оғирликдаги ва бир йилдан ортиқ касаллик хуружисиз даволанган беморларда бошқа турдаги хирургик ва консерватив даволанишлар тавия этилиши мумкин.

Диссертациянинг «**Ҳаёт сифатини ва хирургик даволаш натижаларини баҳолашнинг қиёсий тавсифи**» деб номланган олтинчи бобда ТНни МВДда ҳаётнинг барча сифат кўрсаткичлари, шунингдек оғриқни намоён бўлишининг асосий кўрсаткичи, шу жумладан ишлаб чиқилган сўровномаларни қўллашдан олинган натижаларни қиёслаб баҳолаш, иккала гуруҳлар ва даврларни бири-бирига таққослаш орқали ўтказилган текширишлар натижалари келтирилган (7-8 жадваллар).

7-жадвал

Операциядан олдин ва кейин 2012-2018 йилларда ҳаёт сифати бўйича
MOS SF-36 сўровномаси кўрсаткичлари

MOS SF-36	гуруҳлар	Гуруҳдаги беморлар сони, абс.	PHsum- Саломатликнинг жисмоний қисми		Mhsum- Саломатликнинг психологик таркибий қисми	
			Операциядан олдин	Операциядан кейин	Операциядан олдин	Операциядан кейин
2012-2014 йй. 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 йй. 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 йй. 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

Изоҳ: кўрсаткичлар орасидаги фарқ статистик аҳамиятга эга ($P < 0.0001$)

MOS SF-36 сўровномаси бўйича ҳаёт сифатини қиёсий баҳолаш шуни кўрсатдики, ҳар иккала гуруҳнинг беморларида МВД операциядан олдин жисмоний ва руҳий таркибий қисмларнинг кўрсаткичлари операциядан кейинги даврга нисбатан пастроқ, соғлиқнинг жисмоний таркибий қисмидаги кўрсаткичлардаги фарқи эса психологик билан солиштирганда аҳамиятлироқ. Яъни, беморларда оғриқнинг мавжудлиги беморларнинг жисмоний эмас, балки беморларнинг ҳиссий ҳолатларига кўпроқ таъсир кўрсатади.

McGill сўровномасига кўра, ҳар уч даврда ҳам беморларнинг иккала гуруҳида оғриқ интенсивлиги кўрсаткичлари йўқ ёки операциядан кейинги

даврда оғриқнинг регресси аниқланди, улар 1,1 баллдан 0,5-гача эди.

8-жадвал

Операциядан олдин ва кейин 2012-2018 йилларда
McGill оғриқ сўровномаси кўрсаткичлари

McGill	гуруҳлар	Гуруҳдаги беморлар сони, абс.	Умумий балл	
			Операциядан олдин	Операциядан кейин
2012-2014 йй. n=111*	1	37	5,12±0,24	1,17±0,075
	2	74	4,27±0,22	0,75±0,715
2015-2016 йй. n=133	1	83	3,95±0,059	0,662±0,06
	2	50	4,06±0,10	0,56±0,076
2017-2018 йй. n=164	1	73	4,79±0,22	0,589±0,058
	2	91	4,76±0,18	0,56±0,05

Изоҳ: кўрсаткичлар орасидаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0.001$);

* ($P < 0.002$)

Иккала гуруҳдаги ушбу сўровномаларнинг натижаларини қиёслаш МВДнинг самарадорлигини кўрсатди, чунки операциядан олдин оғриқ интенсивлиги кўрсаткичлари аҳамиятли бўлиб, максимал даражага ва операциядан кейинги даврда паст ёки умуман йўқ бўлганлиги аниқланган. Шу билан бирга, соғлиқнинг жисмоний ва психологик таркибий қисмлари кўрсаткичлари операциядан олдин паст эди ва операциядан кейинги даврда юқори бўлиб ҳаёт сифатининг яхшиланишига мос келди.

EuroQol-5D сўровномасидан фойдаланиш, ҳаёт сифатини иккинчи ва учинчи даврда қиёсий баҳолаш, ҳар икки гуруҳнинг беморларида психологик ҳолат кўрсаткичлари ўзгаришлари жисмоний ҳолатдан юқори эканлиги тасдиқлади (9-жадвал).

9-жадвал

Операциядан олдин ва кейин 2015-2018 йилларда ҳаёт сифати бўйича
EuroQol-5D сўровномаси кўрсаткичлари

EuroQol-5D	гуруҳлар	Гуруҳдаги беморлар сони, абс.	саломатлик кўрсаткичи	
			Операциядан олдин	Операциядан кейин
2015-2016 йй. n=133	1	83	0,584±0,02	-0,436±0,05
	2	50	0,7772±0,003	-0,6247±0,06
2017-2018 йй. n=164*	1	73	0,633±0,019*	-0,63±0,05
	2	91	0,70±0,002	-0,59±0,05

Изоҳ: кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0.001$); * ($P < 0.009$)

Оғриқ / дискомфорт параметрлари хирургик даволашдан кейинги ҳаёт сифатидан кўра ундан олдин ёмон даражада эканлигига тўғри келди, бу нейрохирургик даволаш натижалари бўйича MOS SF-36 ва EuroQol-5D сўровномалари ўртасидаги ўзаро боғлиқ эканлигини кўрсатади.

«Тригеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш» сўровномасини илгари ишлатилган сўровномалар билан таққослаш шуни кўрсатдики, операциядан олдинги ҳаёт даражаси иккала гуруҳда ҳам операциядан кейинги давр билан таққосланганда яхшиланганлиги, МВД ёрдамида ТН

нейрохирургик даволаш самарадорлигини исботлади. Гуруҳлар орасидаги кўрсаткичларнинг фарқи беморларнинг умумий саломатлик ҳолати билан изоҳланади: биринчи гуруҳдаги беморларда клиникага келишдан олдин, иккинчи гуруҳга қараганда ёмонроқ ҳаёт сифати кузатилган ва МВДдан кейин у сезиларли даражада яхшиланди. Таққослашда, гуруҳлар орасидаги тафовутлар сезиларли бўлганлиги қайд этилди, бу эса ишлаб чиқилган сўровноманинг юқори сезгирлигини кўрсатади (10-жадвал).

10-жадвал

Операциядан олдин ва кейин 2017-2018 йилларда «Уч шохли нерв невралгиясида ҳаёт сифатини баҳолаш» сўровномаси кўрсаткичлари

«Уч шохли нерв невралгиясида ҳаёт сифатини баҳолаш»	гуруҳлар	Гуруҳдаги беморлар сони, абс.	Умумий балл	
			Операциядан олдин	Операциядан кейин
2017-2018 йй. n=164	1	73	13,95±0,32	20,7±0,225
	2	91	25,22±0,3	17,909±0,21

Изоҳ: кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0.001$)

Илгари ишлатилган сўровномалар билан ишлаб чиқилган «Тригеминал невралгияда оғриқ синдромини баҳолаш» сўровномасининг қиёсий баҳоси оғриқ синдромининг юқори интенсивлигини кўрсатди, бу операциядан олдинги даврда биринчи гуруҳ беморларида иккинчи гуруҳдаги беморларга нисбатан ҳаёт сифатини кўпроқ ёмонлаштирган эканлигини кўрсатди (11-жадвал).

11-жадвал

Операциядан олдин ва кейин 2017-2018 йилларда «Уч шохли нерв невралгиясида оғриқ синдромини баҳолаш» сўровномаси кўрсаткичлари

«Уч шохли нерв невралгиясида оғриқ синдромини баҳолаш»	Гуруҳлар	Гуруҳдаги беморлар сони, абс.	Умумий балл	
			Операциядан олдин	Операциядан кейин
2017-2018 йй. n=164	1	73	27,31±0,33	15,22±0,03
	2	91	23,31±0,2	13,19±0,029

Изоҳ: кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($P < 0,001$)

Операциядан кейинги даврда иккала гуруҳда оғриқ синдромининг интенсивлиги кўрсаткичлари пасайган, бу МВДнинг тригеминал невралгияда оғриқ синдромини йўқ қилишда самарадорлигини тасдиқлайди. Таққослаш таҳлилида биз гуруҳлар орасидаги оғриқ интенсивлиги кўрсаткичларида сезиларли фарқни қайд этдик, бу ТН учун ишлаб чиқилган оғриқ синдроми сўровномасининг юқори сезувчанлигини кўрсатган.

Юқорида келтирилган жадваллардаги кўрсаткичларнинг барчаси МВДнинг ТН нейрохирургик даволашда фойдаланиш самарадорлигини, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшиловчи, азобланишини енгиллаштирадиган, шунингдек жисмоний, ҳиссий ҳолатини яхшилайдиган ва ижтимоий фаровонлигига ҳисса қўшишдаги самарадорлигини тасдиқлаган.

Нейрохирургик даволанишдан олдин ва кейин ТН билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганишнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, биз томонидан ишлаб чиқилган сўровномалар кўп ўлчовлилиги, сезувчанлиги, хос хусусиятларига эга бўлгалиги барча талабларга жавоб бериши исботланган.

«Уч шохли нерв невралгиясида ҳаёт сифатини баҳолаш» ва «Уч шохли нерв невралгиясида оғриқ синдромини баҳолаш» ишлаб чиқилган сўровномалардан олинган натижаларнинг таҳлили асосида баллар кўрсаткичларини қўллаган ҳолда ТН оғирлик даражасини қуйидагича аниқлаш таклиф этилган. «Тригеминал невралгия билан оғриқни баҳолаш» сўровномасига кўра: жами 10 баллгача - ТНнинг енгил оғирлик даражаси; 11-21 баллар - ТНнинг ўртача оғирлик даражаси; 22-32 баллар - ТНнинг ўта оғирлик даражаси. «Тригеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш» сўровномасига кўра: 10 баллгача бўлган миқдор - ҳаёт сифатининг бир оз ёмонлашиши; 11-21 баллгача - ҳаёт сифатининг ёмонлашиши, 22-33 баллар - ҳаёт сифатининг сезиларли даражада ёмонлашиши. Ишлаб чиқилган сўровномаларга кўра 164 нафар беморларда тригеминал невралгия оғриқ синдромини баҳолаш 40 нафар (24,4%) енгил ва 117 нафар (71,3%) ўрта оғирлик даражасида эканлиги аниқланган. Операциядан кейинги даврда 160 нафар (97,6%) беморларда оғриқнинг тўлиқ йўқлиги ва 4 нафарида (2,4%) – енгил оғриқ синдроми кузатилган ва бу МВДни самарадорлигини тасдиқлаган. Ишлаб чиқилган сўровномага биноан тригеминал невралгияда ҳаёт сифатини баҳолаш 164 нафар беморларда операциядан олдин 124 нафар (76,5%) беморда ҳаёт сифатининг сезиларли даражада ёмонлашишини ва 40 нафарида (24,4%) ёмонлашганлигини аниқлашга имкон берган. Операциядан кейинги даврда ҳаёт сифатининг яхшиланишини аниқлаш қуйидача бўлган: 7 нафар (4,3%) беморда сезиларли даражада яхшиланиш, 140 нафарида (85,4%) - яхшиланиш, 17 нафарида (10,4%) - ҳаёт сифатининг бир оз яхшиланиши кузатилди, бу ҳам МВДнинг самарадорлигини тасдиқлаган.

ХУЛОСАЛАР:

1. Тригеминал невралгияни хирургик даволашда нерв илдизини микроваскуляр декомпрессиялашни қўллаш, операциядан олдин 222 нафар (54,4%) неврологик сезувчанликлари бузилган беморларда, кейинги даврда 144 нафарида (64,9 %) сезувчанликликлар тикланганлиги, яхшиланиш 91,4% да эришилганлиги, 99% ҳолларда оғриқ бартараф этилганлиги бу услубни самарадорлигини исботлади.

2. Тригеминал илдизнинг микроваскуляр депрессиясида ишлаб чиқилган модификация очиш усули, ТН билан оғриган 134 нафар (32,8%) беморларда, яхшиланиш 91,4% ни, 99% ҳолларда оғриқ бартараф этилганлиги, оперциядан кейинги асоратлар 2,5 % га камайганлигини кўрсатди ва бу модификация очиш усулнинг самардорлигини исботлади.

3. Тригеминал невралгия билан оғриган 164 нафар беморларда ишлаб чиқилган сўровномага мувофиқ ҳаёт сифатини баҳолаш операциядан

олдинги даврда беморларнинг 76,5% да ҳаёт сифатининг кескин ёмонлашганини ва 24,4% да ҳаёт сифатининг ёмонлашишини кўрсатди. Операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳаёт сифати сезиларли даражада яхшиланиш 10,4% ни, 85,4% да яхшиланиш, 4,3% да ҳаёт сифати бир оз яхшиланиш эканлиги қайд этилган бу эса сўровноманинг сезувчанлиги ва самарадорлигини исботлади.

4. Тригеминал невралгияда оғриқ синдромини ишлаб чиқилган сўровномага кўра баҳолаш, учинчи даврда, беморларда енгил даражали оғриқ синдромини 24,4%, ўртача 71,3%, оғир даражада 4,3% лигини ва операциядан кейинги даврда, оғриқнинг тўлиқ йўқлиги - 97,6% ва 2,4% да - енгил оғриқ бўлганлигини кўрсатди, бу эса ўз навбатида сўровноманинг сезувчанлиги ва самарадорлик эканлигини исботлади.

5. Ишлаб чиқилган ҳаёт сифати ва оғриқни баҳолаш сўровномалардан фойдаланиш 40,2% тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг оғирлиги даражасини 10 баллгача-енгил, 22 баллгача-ўрта, 32-33 баллгача оғир даражада қайд этиб баҳолаш имконини берди. Бу эса ўз навбатида, енгил даражадаги невралгияси бўлган беморлар консерватив, ўрта даражадагилар консерватив ва хирургик, оғир даражадагилар фақат хирургик даволанишини тавсия қилувчи тактика яратиш имконини берди.

6. Ишлаб чиқилган сўровномалар ёрдамида ҳаёт сифатини ва оғриқ синдромини қиёсий баҳолаш шуни кўрсатдики, сўровномалар бир-бири билан ўзаро боғлиқ бўлиб, улар, мавжуд бўлган сўровномаларга нисбатан сезгирлик, ишонччилик нуқтаи назаридан кам эмас, аксинча тригеминал невралгияда оғриқли синдромни ва ҳаёт сифатини баҳолашда самарадор эканлиги исботланди.

7. Ташҳислаш ва нейрохирургик даволаш учун ишлаб чиқилган алгоритм самарали бўлиб, микроваскуляр декомпрессия учун кўрсатмалар ва қарама-қарши кўрсатмаларни аниқлашга имкон берди ва тригеминал невралгия билан оғриган беморларга хирургик даволаш усулини диферециал танлашга тактикасини яратиш имконини берди.

8. Электрнейромиография усули, ишлаб чиқилган алгоритм таркибий қисмларидан бири сифатида, 196 нафар (48,1%) беморларда тригеминал нерв илдизининг патологик ирритациясини аниқлашга имкон берди. Беморларнинг 144 нафарида (75%) марказий ирритация, 5 нафарида (2,4%) эса аралаш ирритация аниқланганлиги МВД учун абсолют кўрсатма бўлди, 44 нафарида (22,6%) эса периферик ирритация бўлганлиги нисбий кўрсатма бўлганлиги аниқланди, бу эса ЭНМГни даволаш ва диагностикалаш тактикасини ишлаб чиқишда 77,4 % самарадорли эканлигини исботлади.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ НА ОСНОВЕ НАУЧНОГО СОВЕТА
DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ
СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ**

МИРЗАЕВ АЛИШЕР УМИРЗОКОВИЧ

**ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ
ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПОСЛЕ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ
ДЕКОМПРЕССИИ**

14.00.28 – Нейрохирургия

АВТОРЕФЕРАТ

докторской (DSc) диссертации по медицинским наукам

ТАШКЕНТ – 2020

Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2017.3.DSc/Tib245

Докторская диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.uzniito.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный консультант:	Ахмедиев Махмуд Мансурович доктор медицинских наук
Официальные оппоненты:	Алиходжаева Гулнара Алаутдиновна доктор медицинских наук, профессор Ризаев Жасур Алимджанович доктор медицинских наук, профессор Махкамов Козим Эргашевич доктор медицинских наук
Ведущая организация:	Андижанский Государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится «___» _____ 2020 г. в _____ часов на заседании Разового научного совета на основе Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии (Адрес: 100147, г.Ташкент, ул. Махтумкули, дом 78. Тел.: (+99871) 233-10-30; e-mail: niito-tashkent@yandex.ru, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии (зарегистрирована за № ____). Адрес: 100147, г. Ташкент, ул. Махтумкули, дом 78. Тел.: (+99871) 233-10-30.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2020 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от «___» _____ 2020 года).

М.Э. Ирисметов

Председатель Разового научного совета на основе
Научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук

У.М. Рустамова

Ученый секретарь Разового научного совета на основе
Научного совета по присуждению ученых степеней,
кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник

А.П. Алимов

Председатель Научного семинара при Разовом научном
совете на основе Научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации (DSc))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Невралгия тройничного нерва (ТН) - одно из серьезных заболеваний, сопровождающееся физическими и эмоциональными страданиями, делающими жизнь больного невыносимой. По данным ВОЗ, встречаемость этого заболевания «...распространенность заболевания составляет 30-50 человек на 100 тысяч жителей, а заболеваемость-2-4 пациента на 100 тысяч жителей...»¹. Динамичное развитие общества, резкое снижение показателя качества жизни (КЖ) больных невралгией тройничного нерва, ухудшение психологического состояния больных, определяет актуальность проблемы и «...совершенствование методов повышения качества жизни населения...»² основные моменты.

Во всем мире проводится ряд исследований, направленных на улучшение качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва и совершенствование эффективных методов лечения. Качество жизни оценивается с помощью опросника SF-36, Европейского опросника качества жизни Euro Qol-5D, опросника боли McGill и разработаны более 800 опросниками в неврологии. Много современных методов хирургического лечения трегиминальной невралгии в мире разработаны именно для лечения ТН. Деструктивные методы: радиочастотная обляция Гассеров узла, деструкция с помощью тепла, холода, глицериновые блокады, баллонные микрокомпрессии узла; излучения гамма и кибер лучами нервного узла и корешков; трактомия проводящих путей спинного мозга. Современным реконструктивным востребованным нейрохирургическим методом является микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва. В настоящее время при лечении ТН появились эндоскопические методы микроваскулярной декомпрессии.

В нашей стране ведется работа по улучшению медицинского обслуживания с помощью эффективного высокотехнологичного оборудования для оказания качественной специализированной нейрохирургической помощи населению. Важно повысить уровень и качество медицинской и социальной помощи им, в том числе «... дальнейшее развитие специализированной медицинской помощи населению ...»³. В связи с этим внедрение специализированной медицинской помощи, в том числе диагностических, прогностических и лечебных методов, играет определенную роль в повышении качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с ТН, и качества их жизни.

¹ Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Таяшин С.В., Отарашвили И.А., Лебедева М.А., Семенов М.С. Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва / А.Н. Коновалов, У.Б. Махмудов, В.Н. Шиманский и др. // Украинський нейрохірургічний журнал. – 2009. № 3. - С. 22.

² Симонова Г.И., Богатырев С.Н., Горбунова О.Г., Щербакова Л.В. Качество жизни населения Сибири (популяционное исследование) / Г.И. Симонова, С.Н. Богатырев, О.Г. Горбунова и др. // Бюллетень СО РАМН. – 2006. - № 4 (122). - С. 52-55. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-naseleniya-sibiri-populyatsionnoe-issledovanie> (23.11.2019).

³ Постановление Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан»

УП-4947 Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017–2021 годы», УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному улучшению системы здравоохранения Республики Узбекистан» ПП-3052 от 12 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему улучшению функционирования системы здравоохранения», ПП-4191 от 13 февраля 2019 года «Об утверждении концепции развития служб охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан» все они служат для выполнения задач, поставленных в постановлениях Правительства и других нормативных актов, связанных с этой деятельностью.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации.⁴

Исследования по диагностике и лечению невралгии тройничного нерва проводились ведущими в мире научными медицинскими центрами и университетами, в том числе: (University of Pittsbrg) США; (Oxford University) Великобритания; (Helios Hospital Berlin-Buch, Helios Hospital Schwerin) Германия; (Hospital Assuta) Израиль; (Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени Н.И. Бурденко, Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, Москва) Россия; (Институт нейрохирургии имени А.П. Ромоданова, Киев) Украина; (Национальный центр нейрохирургии, Астана) Казахстан; (Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек) Кыргызстан; (Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкентская медицинская академия) в Республике Узбекистан.

Различные результаты были получены во всем мире в диагностике и лечении невралгии тройничного нерва, в том числе (University of Pittsbrg) США; МРТ является приоритетным определяя показаний для проведения операции МВД, специальный метод FIESTA выявляет случаи, когда расстояние между нервным корешком и кровеносными сосудами ближе 2 мм или нервный корешок деформирован является показанием; (Oxford University) в Великобритании в хирургии невралгии тройничного нерва используются различные прокладки, такие как тефлон, авалон, вата и было доказано, что они вызывают гранулемы у пациентов в послеоперационном периоде; (Helios Hospital Berlin-Buch, Helios Hospital Schwerin) в Германии было трудно увидеть корешки черепных нервов во время операции МВД; (Hospital Assuta) Израиль; осложнения, такие как парез черепных нервов, наблюдались после операции МВД; (Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. Н.И. Бурденко, Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва) Россия; (Институт нейрохирургии им.

⁴ Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации: www.pitt.edu; www.ox.ac.uk; www.helios-gesundheit.de; www.assuta.co.il; www.nsi.ru; www.pirogov-center.ru; www.neuro.kiev.ua; www.neuroclinic.kz; www.kgma.kg; www.neuro.uz; www.tma.uz и на основе других источников.

А.П. Ромоданова, Киев) Украина; Такие осложнения, как чрезмерная тракция мозжечка, ликвореи, наблюдались во время операции МВД при невралгии тройничного нерва, и в этой области было проведено много научных исследований.

При диагностике невралгии тройничного нерва в современном мире, по данным различных исследователей во всем мире, в 94% случаев этиологическим фактором невралгии является сдавление корешка тройничного нерва мозжечковыми артериями и другими сосудами. Для выявления сосудисто-нервного конфликта при идентификации сосудов используется специальный метод для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ), контрастное трехмерное изображение, которое помогает идентифицировать сосудистое сдавление на входе корешка тройничного нерва в ствол головного мозга. В настоящее время метод электронейромиографического обследования у пациентов стал использоваться для выявления периферического или центрального раздражения ствола головного мозга для определения показаний и противопоказаний к операции микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.

Степень изученности проблемы. Хотя за последние десятилетия было проведено много исследований по различным аспектам невралгии тройничного нерва, существует много спорных и нерешенных вопросов, связанных с его основными разделами, этиологией, патогенезом и принципами лечения. Таким образом, все патофизиологические компоненты болевого синдрома оставались нераскрытыми (Коновалов А.Н. и др., 2009; Пузин М.Н. и др., 2010; Карпов С.М. и др., 2013; Балязина Е.В. и др., 2015; Гандылян К.С., 2015; Кореневская И.А. и др., 2016; Сгисси Г. и др., 2008; Patel SK, LiU JK, 2016). Другими факторами, которые вызывают ТН, являются последствия вирусных инфекций, зубной боли и климатических условий. Следует отметить, что состояние периферической нервной системы играет важную роль в развитии болевого синдрома, который влияет на исход хирургического лечения и состояние вегетативной нервной системы. Оценка изменений в вегетативной системе имеет важное значение. Определение уровня адаптации в основном связано с диагностикой патологических изменений, возникающих при любых сложных состояниях, в том числе болевого синдрома при ТН и их компенсации (Карпов С. М. и др. 2013; Хатуаева А.А. и др., 2016; Маарбьерг С. и др., 2014). Исследование качества жизни у пациентов с невралгией тройничного нерва началось сравнительно недавно, но боль при ТН оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов. Для адекватной оценки качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва внимание уделяется трем основным параметрам: общему состоянию качества жизни; качество жизни и состояние здоровья; а также оценка боли (Белова А.Н., 2004; Новик А.А., 2012; Николаев Е.Л., 2014; Shibahashi K. et al., 2013; Shi L. et al., 2017). Из-за отсутствия детального исследования боли интенсивности синдрома, клинико-неврологической симптоматики, инструментальных скрининговых показателей и параметров качества жизни в невралгии тройничного нерва, разработки

дифференциальной хирургической тактики при выборе хирургического лечения ТН остается спорным и требует дальнейших исследований.

Научные исследования, проведенные в нашей стране, позволили провести целенаправленные исследования качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва (Кариев Г.М., 2010), но недостаточно; Существующие публикации многих авторов (Гафуров Б.Г., 2010; Берлинер Э.Б., 2011; Абдуназарова Н.Ф., 2011) основаны на описательном или мелкомасштабном анализе клинического материала. Все это свидетельствует о необходимости продолжения исследований в области качества жизни и совершенствования дифференцированного подхода в хирургическом лечении ТН.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Исследование диссертации проводилось в соответствии с планом исследований Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нейрохирургии в рамках грантового проекта АТСС 8.1 «Разработка и внедрение малоинвазивных методов в хирургическом лечении головного мозга» (2009-2011).

Целью исследования является изучение динамики качества жизни и улучшение результатов нейрохирургического лечения больных с невралгией тройничного нерва.

Задачи исследования:

разработка модификации доступа микроваскулярной декомпрессии нервного корешка, уменьшающая послеоперационные осложнения при невралгии тройничного нерва;

оценка эффективности модификации доступа микроваскулярной декомпрессии нервного корешка при лечении невралгии тройничного нерва;

разработка опросника и компьютерной программы для оценки интенсивности болевого синдрома при невралгии тройничного нерва;

разработка опросника и компьютерной программы для оценки качества жизни при невралгии тройничного нерва;

разработка алгоритма показания и противопоказания к микроваскулярной декомпрессии нервного корешка при невралгии тройничного нерва;

сравнительная оценка качества жизни пациентов в период до и после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва с использованием опросников.

Объект исследования. Исследовано 408 пациентов с невралгией тройничного нерва, перенесших операцию методом микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва, проходивших лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии в 2012-2018 годах.

Предметом исследования являются результаты клинических, неврологических, инструментальных методов диагностики и исследования качества жизни с применением опросников.

Методы исследования. Клинические и неврологические исследования, рентгенография, магнитно-резонансная томография (МРТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), электронейромиография (ЭНМГ), а также были использованы опросники для достижения целей и задач исследования.

Научная новизна исследования:

Разработана модификация доступа микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва в нейрохирургическом лечении для улучшения визуализации черепных нервов, а также для предотвращения чрезмерной тракции мозжечка, ликвореи, акузии, гипокузии и парезов лицевого нерва у пациентов с невралгией тройничного нерва;

опросник и компьютерная программа, разработанные и протестированные для оценки боли у пациентов с невралгией тройничного нерва, объективно оценили степень тяжести субъективного ощущения пациента - характер, интенсивность и локализация, триггеры, степень интенсивности боли до и послеоперационном периодах;

опросник и компьютерная программа, разработанная и протестированная для оценки качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва, для оценки качества жизни и здоровья пациента с ТН до и после операции, влияние внешних факторов на заболевание, определены влияние ТН на повседневную жизнь, настроение, работу и социальный статус;

разработан алгоритм диагностики и лечения невралгии тройничного нерва, учитывающий тяжесть невралгии, соматическую патологию и данные нейродиагностики, а также иной подход к хирургическому лечению больных с невралгией тройничного нерва, доказанный показания и противопоказания к МВД корешка тройничного нерва;

с помощью опросников было доказано, что чувствительность и достоверность, преимущества, полученных данных опросников превосходят других используемых опросников при сравнительной оценке качества жизни пациентов в период до и после МВД тройничного нерва.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

было доказано, что модифицированный доступ микроваскулярной декомпрессии, улучшает общий обзор черепно-мозговых нервов, предотвращая послеоперационные осложнения, такие как ликворея, чрезмерная мозжечковая тракция и парез черепно-мозговых нервов;

при хирургическом лечении больных с невралгией тройничного нерва модифицированный доступ микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва с применением мышечных и фасциальных кусочков в качестве прокладки, снижает осложнения после операции;

разработанный опросник «Оценка болевого синдрома» и компьютерная программа доказали свою эффективность в оценке субъективного ощущения пациентов и правильного выбора хирургического лечения пациентов с невралгией тройничного нерва;

разработанный опросник «Оценка качества жизни» и компьютерная программа позволили определить эффективность результатов хирургического лечения и динамику изменения показателей качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва;

алгоритм диагностики и нейрохирургического лечения невралгии тройничного нерва доказал необходимость тактики дифференцированного подхода при выборе хирургического лечения невралгии тройничного нерва.

Достоверность результатов исследования основана на методах, использованных в научной работе, теоретическом подходе и методической точности клинических исследований, адекватности количества исследуемых пациентов, использовании клинических инструментальных тестов, полученные результаты подтверждаются статистическим анализом.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость исследования заключается в том, что опросник и компьютерная программа, предназначенные для оценки боли при невралгии тройничного нерва, удобны, понятны, чувствительность и надежность опросников подтверждены исследованиями, опросник помогает объективно оценить интенсивность боли; опросник оценки качества жизни при невралгии тройничного нерва и компьютерное программирование для объективизации субъективных ощущений у пациентов с целью изучения динамики качества жизни в послеоперационном периоде, а также для быстрого определения результатов лечения; разработанный «алгоритм диагностики и нейрохирургического лечения невралгии тройничного нерва», определил тактику выбора нейрохирургического лечения больных невралгией тройничного нерва; Использование разработанных опросников и информации о сфере деятельности пациента может быть использовано при разработке программ лечения и реабилитации, а также при мониторинге состояния пациента во время лечения, сравнительной и научной оценке различных областей от медицины до социологии.

Практическая значимость исследования заключается в том, что модифицированный доступ микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва, улучшает общий обзор черепно-мозговых нервов, уменьшает избыточную тракцию мозжечка и уменьшает послеоперационные осложнения в виде ликворей у пациентов с невралгией тройничного нерва; В хирургическом лечении пациентов с невралгией тройничного нерва использование модифицированного доступа микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва в качестве прокладки фрагментов мышц и фасции помогает уменьшить послеоперационные осложнения.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов научных исследований по качеству жизни после микроваскулярной декомпрессии у пациентов с невралгией тройничного нерва:

утверждена методическая рекомендация «Опросник для оценки боли при невралгии тройничного нерва» (Заключение Министерства здравоохранения №8Н-р/220 от 3 июня 2019 года). Количественное измерение интенсивности боли у пациентов с невралгией тройничного нерва,

адекватная оценка выраженности болевого синдрома, анализ эффективности лечения;

была одобрена методическая рекомендация «Опросник для оценки качества жизни при невралгии тройничного нерва» (Заключение Министерства здравоохранения №8Н-р/221 от 3 июня 2019 года). Оценка качества жизни и психосоматического состояния пациента позволила дать рекомендации по улучшению качества жизни;

была одобрена методическая рекомендация «Модификация доступа микроваскулярной декомпрессии при невралгии тройничного нерва» (Заключение Министерства здравоохранения №8Н-р/222 от 3 июня 2019 года). Использование предлагаемой модификации доступа позволило предотвратить чрезмерную тракцию мозжечка, появление ликворей и использование прокладок в виде мышечной, жировой ткани и фрагментов фасции уменьшило послеоперационные осложнения.

Полученные результаты внедрены в практическую деятельность Бухарского и Навоийского областных многопрофильных медицинских центров, медико-санитарного отдела Навоийского горно-металлургического комбината (заключения Министерства здравоохранения №8Н-д/286 от 26.11.2019г. и № 8Н-з/38 от 05.06.2020г.). Результаты внедрения позволили оптимизировать выбор адекватного объема лечения, сократить сроки обследования и терапии, снизить число рецидивов.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования обсуждались на 5 научных конференциях, в том числе на 3 международных и 2 национальных научных конференциях.

Опубликованность результатов исследования. Всего по теме диссертации 40 научных работ, в том числе 14 статей в научных публикациях, рекомендованных к публикации основных научных результатов докторских диссертаций Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан, в том числе 9 в отечественных и 5 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 190 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, сформированы цель и задачи, а также объект и предмет исследования, проведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, раскрыты теоретическая и практическая значимость полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследований в практическую деятельность, по опубликованным работам и о структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Невралгия тройничного нерва. Распространенность. Этиология и патогенез**» изложен обзор литературы, в

котором отражены медико-социальная значимость невралгии тройничного нерва (НТН), история изучения проблемы, классификация и этиопатогенез, а также современное состояние вопросов изучения хирургического лечения и качества жизни больных с НТН.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика материала и методов исследования**» представлена характеристика объекта исследования, методы и методологические подходы, обеспечивающие решение поставленных задач.

В работе анализированы 408 пациентов с НТН, подвергшихся микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва (МВД), находившихся на лечении в РСНПМЦН в период 2012-2018 гг.

Все 408 больных с НТН были разделены на две группы в зависимости от ранее полученных методов лечения, наличия сопутствующей соматической патологии: в первую группу вошли 230 пациентов (56,4%), до поступления в клинику перенесшие различные виды хирургических методов лечения по поводу невралгии тройничного нерва; вторую группу составили 178 пациентов (43,6%), до поступления в клинику не получавшие хирургического лечения и пролеченные консервативно.

Средний возраст пациентов составил 53 года, среди больных преобладало число женщин над мужчинами примерно в полтора раза. Средняя длительность заболевания составила 7 лет, а возраст к началу заболевания – 46 лет (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 и старше лет	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 ($P < 0,0004$)

Все поступившие больные обследовались по стандартной схеме, включавшей данные клинического осмотра узких специалистов, проводились электронейромиографические исследования. Лучевая диагностика для выявления нервно-сосудистого конфликта включала магниторезонансную томографию (МРТ). После установления диагноза типичной невралгии тройничного нерва (НТН) все пациенты были подвержены оперативному вмешательству – ретросигмовидной краниотомии с микроваскулярной декомпрессией корешка тройничного нерва (МВД) в целях устранения нервно-сосудистого конфликта, при этом нами предложен, апробирован и

использован модифицированный доступ МВД для профилактики послеоперационных осложнений (рис. 1).

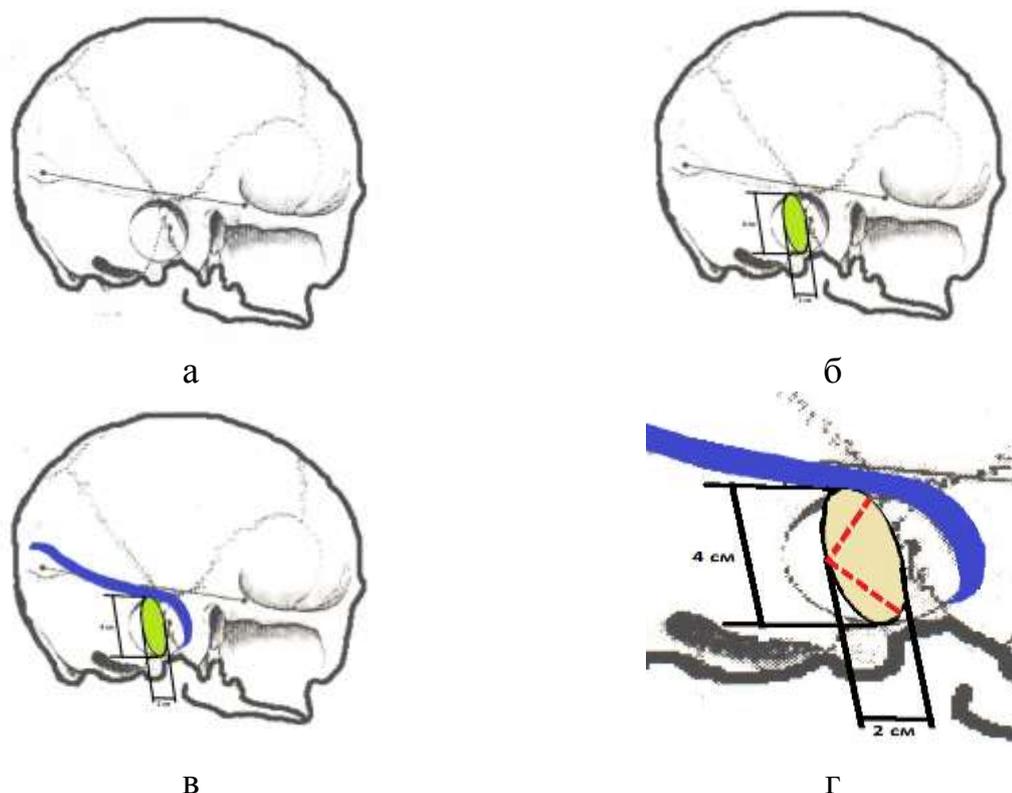


Рис. 1. Модифицированный доступ микровазкулярной декомпрессии: а) существующий доступ; б) предлагаемый нами модифицированный доступ; в) анатомические ориентиры модифицированного доступа; г) разрез ТМО при модифицированном доступе

Оценка эффективности проведенного лечения у исследованных больных производилась путем определения следующих критериев: для оценки результатов хирургического лечения использовали следующие критерии – значительное улучшение, улучшение и незначительное улучшение.

Проводилась оценка качества жизни всем исследованным больным до и после операции, для чего использовали общеизвестные опросники MOS SF-36, Европейского Опросника Качества Жизни EuroQoL-5D, краткий опросник боли McGill Pain Questionnaire, а также разработанными нами опросники оценки болевого синдрома и оценки качества жизни.

Все полученные при исследовании данные опросников подвергли статистической обработке на персональном компьютере по программам, разработанным в пакете EXCEL с использованием библиотеки статистических функций с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки (m), относительных величин (частота, %), критерия Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P). Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $P < 0,05$. При этом придерживались существующие указания по статистической обработке данных клинических исследований.

Проведен статистический анализ разработанных опросников, который состоял из следующих этапов: анализ надежности самого опросника и любых шкал опросника; анализ описательных статистик при удалении шкалы опросника; проверка на однородность экспериментальных данных до и после лечения; корреляционный анализ шкал опросников. При статанализе разработанных нами опросников получено подтверждение, что они разно распределены, то есть валидны, надежны и чувствительны.

В третьей главе «**Клинические проявления невралгии тройничного нерва у исследованных больных**» отражены проявления НТН у анализируемых больных, при этом у 280 (68,6%) из 408 больных они были типичными, располагаясь справа, и выражаясь в интенсивной и нестерпимой лицевой боли в области V_2 и V_3 пораженных ветвей у 288 (70,6%) пациентов (рис. 2).

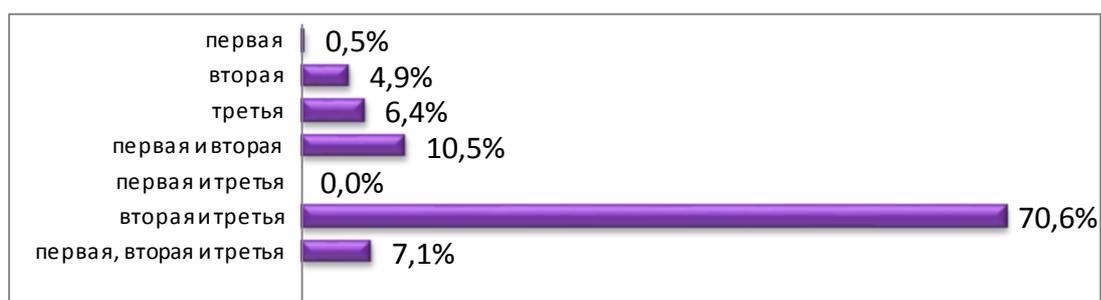


Рис. 2. Локализация боли по ветвям тройничного нерва

Основными провоцирующими факторами возникновения 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. Наряду с этим, 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.

В патологический процесс были вовлечены в основном правая сторона и вторая-третья ветви тройничного нерва: в первой группе таких больных было 68,3% (157 больных), а во второй – 68% (121 больной). Сочетание пораженных ветвей в обеих группах было различным. Так, сочетание первой и второй ветви ТН в первой группе было 5,7% (13 больных), тогда как во второй – 15,2% (27 больных). Одновременного поражения первой и третьей ветвей в нашем исследовании не наблюдалось.

Из 408 изученных число пациентов с наличием триггерных точек составило более половины - 220 (53,9%), а триггерных зон – 285 точек, как отдельно, 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 (табл. 2).

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%), единично на щеке, околоушной области, шее - всего 8 (2,8%) случаев, а также в точках Валле – 4 случая (1,4%).

Таблица 2

Локализация триггерных точек у изученных больных, n=220 (53,9%)

Локализация триггерных точек, n=220 б-х	абс.	%
Носогубный треугольник	149	52,3
Ментальная область	76	26,7
Лобно-скуловая область	27	9,5
Полость рта	16	5,6
Щека	6	2,1
Околоушная область	5	1,8
Точки Валле	4	1,4
Шея в области остистых отростков III-IV шейных позвонков	2	0,7
Итого	285	

Необходимо отметить, что из 408 пациентов в 19 (4,7%) случаях были отмечены несоответствия триггерных точек зонам иннервации тройничного нерва.

Неврологическая симптоматика присутствовала в основном у пациентов с длительным анамнезом, имевших сопутствующую отягощающую патологию или ранее проведенные хирургические вмешательства. Из всех исследованных больных нарушения чувствительности и вегетативных расстройств наблюдали у 235 (57,6,2%). Эти изменения были значительно 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. Вегетативные расстройства в наших наблюдениях были выявлены у 48 (11,8%) пациента в виде гиперемии, слезотечения и слюнотечения.

Из 408 у 61,5% (251 больной) соматическая патология составила 322 случая и была зарегистрирована, как изолированно, так и в сочетании. Наличие соматических заболеваний оказывало существенное влияние на течение клинической картины, подчас отягощая основное заболевание, но никак не влияло на количество поражения ветвей тройничного нерва.

Больных с рецидивами до поступления в клинику после ранее проведенной МВД из общего числа исследованных было 10 (2,4%). Безрецидивный период у них составил от 1 до 4 лет. На возникновение рецидива оказывали влияние различные факторы: сопутствующая соматическая патология (60% случаев) и климатические условия (100% случаев).

В четвертой главе «**Результаты и оценка нейрохирургического лечения пациентов с невралгией тройничного нерва**» представлено хирургическое лечение было произведено всем 408 (100,0%) исследованным

больным в виде ретросигмовидной краниотомии с микроваскулярной декомпрессией корешка тройничного нерва, из них в период 2017-2018 гг. у 164 (40,2%) - предложенным модифицированным доступом, позволившим исключить послеоперационные осложнения.

Интраоперационный анализ позволил установить причины компрессии тройничного нерва, и наибольшее число сосудисто-нервных конфликтов составили компрессии с вовлечением крупных сосудов, артериальных и венозных, как по отдельности (246 случаев, 60,3%), так и в сочетании (130 случаев, 31,9%). Наибольшее число конфликтов выявлено с компрессией нерва верхней мозжечковой артерией – у 169 больных, что составило 41,4%. Утолщение арахноидальной оболочки и спаечный процесс явились причиной сдавления корешка тройничного нерва в 32 случаях, что составило 7,8%.

Для оценки результатов хирургического лечения использовали следующие критерии – значительное улучшение, улучшение и незначительное улучшение. Значительное улучшение включало число больных с отсутствием болей в зоне иннервации ветвей тройничного нерва нет. Состояние пациентов не требовало приема лекарственных обезболивающих или антиконвульсантных средств, и пациент свободно разговаривал и ел, чувствовал себя вполне здоровым. Улучшение регистрировали в случаях, в которых после операции исчезли приступы тяжелой невралгии, но осталась незначительная боль, либо нарушение чувствительной сферы в легкой форме, не требующих стационарного лечения, при этом требовалось в течение короткого периода (до 1-го месяца) применение лекарственных обезболивающих или антиконвульсантных средств для купирования указанных симптомов. Незначительное улучшение отмечали в случаях, в которых после операции имели место сохранение боли, выраженные нарушения чувствительности, осложнения и/или рецидивы и пациентам в течение длительного периода (до 3-6-ти месяцев) требовалось применение обезболивающих и психотропных лекарств.

Анализ и оценка результатов нейрохирургического лечения путем применения МВД корешка тройничного нерва у исследованных 408 больных НТН показал, что число больных в обеих группах с улучшением состояния здоровья и отсутствием, либо регрессом болевого синдрома после оперативного вмешательства, составило 373 (91,4%) больных, из них 207 (90,0%) – в первой группе, а во второй – 166 (93,3%). При этом со значительным улучшением было в обеих группах 152 (37,3%), а с улучшением – 221 (54,2%) пациент. В первой группе значительное улучшение было отмечено у большего числа пациентов, чем во второй – 95 (41,3%) и 57 (32,0%) соответственно. Тогда как доля больных с улучшением во второй группе преобладала над первой – 112 (48,7%) и 109 (61,2%) соответственно. Незначительное улучшение среди всех 408 больных отмечено у 35 (8,5%) больных, при этом в первой группе доля больных была выше примерно в 1,5 раза, чем во второй, составив 23 (10,0%) против 12 (6,7%) (табл. 3).

Таблица 3

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	

Анализ локализации боли по ветвям по сравнению с дооперационным периодом показала, что частота болевого синдрома значительно снизилась в обеих группах в послеоперационном периоде: до оперативного вмешательства болевой синдром той или иной степени интенсивности был верифицирован в 100% случаев, после операции – осталось только 4 (1,0%): по 2 больных в каждой из групп (табл. 4).

Таблица 4

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 ($P < 0,001$)

Сравнительный анализ показателей неврологических дисфункций показал, что применение МВД корешка тройничного нерва способствовала восстановлению нарушенных функций чувствительности у 144 больных против 222 до операции, что составило 64,99%. Число выявленных больных с нарушением чувствительности – 222 (54,4%) после оперативного вмешательства сократилось до 78 (19,1%).

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 (табл. 5).

Таблица 5

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 ($P < 0,01$)

Сравнительные показатели вегетативных расстройств до и после операции доказали эффективность проведенного хирургического лечения отсутствием их проявлений – было 48 (11,8%) больных с вегетативными расстройствами до операции, а после операции – больных с вегетативной дисфункцией не выявлено (табл. 6).

Осложнения после МВД составили из общего числа 19 (4,7%) пациентов и 22 случая. При этом в первой группе зарегистрировано 15 (6,5%) случаев, а во второй – 4 (2,2%). Осложнения после МВД составили из общего числа 19 (4,7%) пациентов и 22 случая. При этом в первой группе зарегистрировано 15 (6,5%) случаев, а во второй – 4 (2,2%). Число больных с осложнениями в первой группе больных было выше в 3 раза, чем во второй.

Таблица 6

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			
слюноотечение	-	1	1	1,6				
слезотечение	7	8	19	31,1				
абс	18	29	61	100,0				

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

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 (рис. 3).

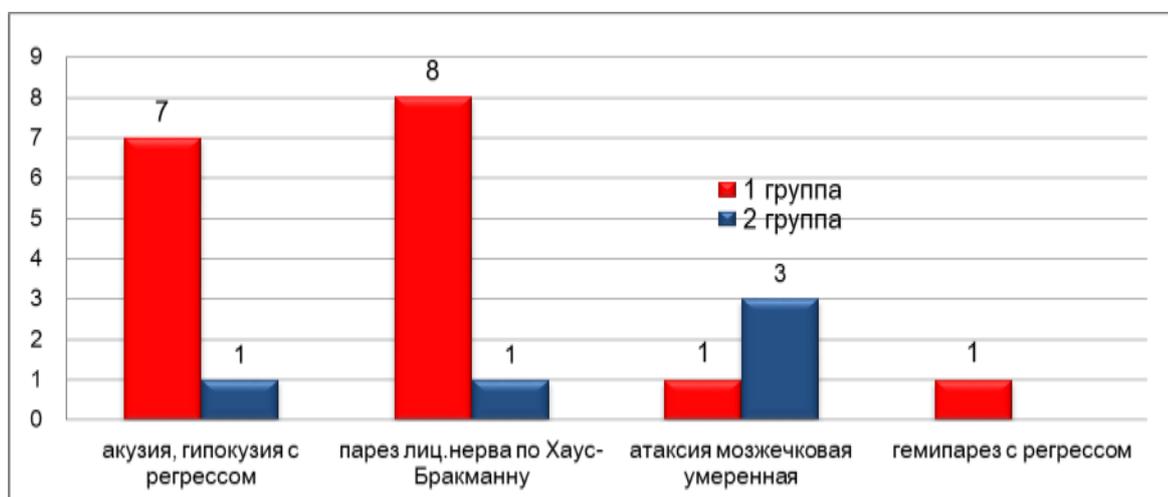


Рис. 3. Осложнения после проведенной микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с

НТН с применением МВД корешка тройничного нерва показал, что разрешение нервно-сосудистого конфликта устранило основной симптом НТН – боль, улучшив общее состояние больных и способствуя восстановлению у них нарушенных функций чувствительности и вегетативных расстройств, а также позитивно влияло на дальнейшее качество жизни.

Таким образом, основная цель проведения микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва заключалась в устранении болевого синдрома, то есть эффективность применения МВД при невралгии тройничного нерва составила 99% случаев отсутствия или регресса болевого синдрома.

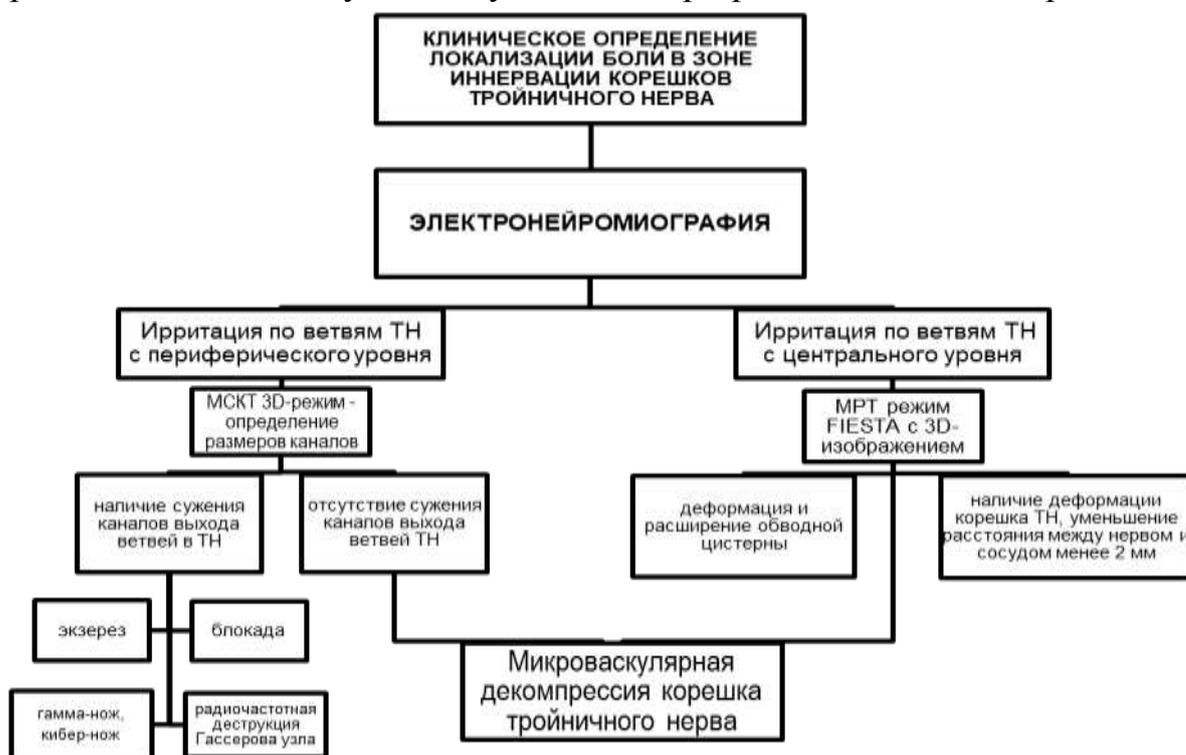


Рис. 4. Алгоритм диагностики и нейрохирургического лечения невралгии тройничного нерва

Алгоритм, разработанный нами, позволил улучшить диагностику больных с НТН, а также определить показания и противопоказания к МВД и дифференцированно подойти к выбору хирургического лечения. Относительными показаниями для проведения МВД явились: расширение обводной цистерны, неэффективность предварительного консервативного и хирургического лечения. Абсолютными противопоказаниями для проведения МВД явились: наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии и невозможность проведения общего наркоза. Относительным противопоказанием для проведения МВД корешка тройничного нерва явился тяжелый соматический статус пациента (рис. 4).

При наличии абсолютных противопоказаний для МВД пациенты подвергались другим методам хирургического лечения – блокадам корешка тройничного нерва, экзерезам и др.

В пятой главе «Оценка качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва до и после нейрохирургического лечения»

представлена данными опросников у всех 408 больных с НТН до и после МВД за период 2012-2018 гг. Применялись опросники, содержащие оценку общего профиля здоровья и оценку интенсивности болевого синдрома, как основного показателя проявления невралгии: MOS SF-36, EuroQoL-5D; McGill Pain Questionnaire-MPQ, разработанные опросники «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» и «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва».

Исследования по оценке качества жизни исследованных пациентов были разделены на три периода: в первом периоде (2012-2014 гг.) применялись опросники MOS SF-36 и McGill у 111 (27,2%) больных; во втором периоде (2015-2016 гг.) - MOS SF-36, McGill и EuroQol-5D у 133 (32,6%) больных; в третьем периоде (2017-2018 гг.) - MOS SF-36, McGill, EuroQol-5D и разработанные опросники «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» и «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» у 164 (40,2%) больных.

Оценка качества жизни по опроснику MOS SF-36 показала, что во всех трех периодах у больных обеих групп до МВД 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 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.

Оценка качества жизни по опроснику EuroQol-5D 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.

Применение разработанного нами опросника «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» показало, что качество жизни в первой и второй группах оказалось различимым с разницей показателей в 6 баллов до операции и до 4-х баллов после операции. При этом показатели качества жизни после операции улучшились в обеих группах по сравнению с дооперационным периодом, что соответствовало повышению уровня качества жизни в послеоперационный период и доказывало эффективность проведенного нейрохирургического лечения НТН путем применения МВД.

Различия показателей между группами объяснялось тем, что пациенты первой группы до поступления в клинику перенесли несколько видов хирургического лечения с временным эффектом, и большинство пациентов имели сопутствующую соматическую патологию, а также длительность заболевания у них в среднем составила более 7 лет. Все это подтвердило ухудшение качества жизни в дооперационном периоде у пациентов первой группы в большей степени, нежели, чем во второй. А различия показателей качества жизни между группами указали на высокую чувствительность разработанного опросника.

Применение разработанного опросника «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» показало, что параметры болевого синдрома в дооперационном периоде у исследованных больных в обеих группах различались между группами с разницей до 4-х баллов до операции с худшими показателями в первой группе, а после нее – не столь существенно, до 2-х баллов. Все это подтвердило высокую интенсивность болевого синдрома и ухудшение качества жизни в дооперационном периоде у пациентов первой группы в большей степени, нежели, чем во второй. Между тем, в послеоперационном периоде показатели интенсивности болевого синдрома снижались в обеих группах, что подтвердило эффективность МВД в устранении болевого синдрома при невралгии тройничного нерва. Кроме того, мы отмечаем, что различия показателей интенсивности болевого синдрома между группами указывает на высокую чувствительность разработанного опросника болевого синдрома при НТН.

На основании анализа полученных данных разработанных нами опросников в третьем периоде (2017-2018 гг.) у 164 исследованных пациентов можно утверждать, что больным НТН с тяжелой и средней степенью тяжести целесообразно производить нейрохирургическое лечение в виде МВД корешка тройничного нерва, учитывая ее высокую эффективность. А больные с легкой степенью тяжести течения НТН и длительностью безрецидивного периода более одного года могут получать другие виды хирургического и консервативного лечения.

В шестой главе **«Сравнительная характеристика оценки качества жизни и результатов хирургического лечения»** представлена сравнительная оценка качества жизни до и после МВД показателей всех опросников качества жизни, а также содержащих оценку болевого синдрома, как основного показателя проявления невралгии, включая разработанные нами. При этом сравнение проводили как между группами, так и между периодами.

Сравнительная оценка качества жизни по опроснику MOS SF-36 показала, что во всех трех периодах у больных обеих групп до операции МВД показатели физического и психологического компонентов были ниже по сравнению с послеоперационными, при этом различие показателей физического компонента здоровья было незначительным по сравнению с психологическим. То есть, наличие боли у пациентов оказывало определенное влияние на эмоциональную сферу пациентов больше, чем на физическую (табл. 7).

По опроснику Мак-Гилла во всех трех периодах показатели интенсивности боли в обеих группах пациентов показали отсутствие, либо регресс боли в послеоперационном периоде, которые были значительно сниженными, достигая 0,5 балла из 5 (табл. 8).

Сравнительные данные указанных опросников в обеих группах показали эффективность проведенной МВД, так как до операции показатели интенсивности боли были значительными, достигая максимума, а в послеоперационном периоде были ниже или совсем отсутствовали. В то же время показатели физического и психологического компонентов здоровья были низкими до операции и повышались в послеоперационном периоде, соответствуя улучшению качества жизни.

Таблица 7

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 ($P < 0,0001$)

Таблица 8.

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 ($P < 0,001$); *($P < 0,002$)

Сравнительная оценка качества жизни по опроснику EuroQol-5D во всех трех периодах подтвердила факт отклонения показателей психологической сферы у больных обеих групп больше, чем физической. При этом оценка качества жизни по результатам нейрохирургического лечения по опроснику EuroQol-5D оказалась сходной с MOS SF-36, и также подтвердила эффективность МВД при хирургическом лечении невралгии тройничного нерва (табл. 9).

Таблица 9

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 ($P < 0,001$); *($P < 0,009$)

Параметры боли/дискомфорта также до операции соответствовали худшему качеству жизни, чем после операции, что указывает на корреляцию между опросниками MOS SF-36 и EuroQol-5D по результатам нейрохирургического лечения.

Сравнение разработанного опросника «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» с использованными ранее опросниками показала, что качество жизни до операции было худшим в обеих группах по сравнению с послеоперационным периодом, что доказывало эффективность проведенного нейрохирургического лечения НТН путем применения МВД. Различия показателей между группами объяснялось общим состоянием здоровья пациентов: в первой группе до поступления в клинику больные имели худшее качество жизни, чем во второй, а после МВД оно значительно улучшилось. При сравнении отмечено, что различия показателей между группами были значимыми, что говорит о высокой чувствительности разработанного опросника (табл. 10).

Сравнительная оценка разработанного опросника «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» с использованными ранее опросниками показала высокую интенсивность болевого синдрома, ухудшающего качество жизни, в дооперационном периоде у пациентов первой группы в большей степени, нежели, чем во второй.

Таблица 10

Применение опросника «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» до и после МВД за период 2017-2018 гг.

«Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва»	группы	Кол-во больных в группе, абс.	Сумма баллов	
			До операции	После операции
2017-2018 гг., n=164	1	73	13,95±0,32	20,7±0,225
	2	91	25,22±0,3	17,909±0,21

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

Однако в послеоперационном периоде показатели интенсивности болевого синдрома снижались в обеих группах, что подтверждает эффективность МВД в устранении болевого синдрома при невралгии тройничного нерва. В ходе анализа сравнения нами было отмечено значимое различие показателей интенсивности болевого синдрома между группами,

которое показывает высокую чувствительность разработанного опросника болевого синдрома при НТН (табл. 11).

Таблица 11

Применение опросника «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» до и после МВД за период 2017-2018 гг.

«Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва»	группы	Кол-во больных в группе, абс.	Сумма баллов	
			До операции	После операции
2017-2018 гг., n=164	1	73	27,31±0,33	15,22±0,03
	2	91	23,31±0,2	13,19±0,029

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

Все вышеизложенное подтверждает эффективность применения МВД при НТН, улучшая качество жизни больных, облегчая их страдания, а также улучшая физическое, эмоциональное состояние и способствуя социальному благополучию.

Сравнительный анализ проведенного исследования качества жизни больных с НТН до и после нейрохирургического лечения показал, что разработанные нами опросники отвечают всем требованиям, обладая многомерностью, чувствительностью и специфичностью.

На основе анализа полученных данных разработанных опросников «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» и «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» предлагается определять степень тяжести течения НТН следующим образом, используя показатели в баллах. По опроснику «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва»: при сумме до 10 баллов – легкая степень тяжести течения НТН; 11-21 баллов – средняя степень тяжести течения НТН; 22-32 баллов – тяжелая степень тяжести течения НТН. 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 болевого синдрома при невралгии тройничного нерва по разработанному нами опроснику позволила определить у 164 больных болевой синдром легкой степени у 40 (24,4%), средней степени – у 117 (71,3%) пациентов, тяжелой степени – у 7 (4,3%), а в послеоперационном периоде – полное отсутствие боли отмечено у 160 (97,6%) больных и у 4 (2,4%) - болевой синдром легкой степени у пациентов с НТН, что подтвердило эффективность МВД.

Оценка качества жизни по разработанному нами опроснику у 164 больных с невралгией тройничного нерва показала в дооперационном периоде значительное ухудшение качества жизни у 76,5% больных, а ухудшение качества жизни – у 24,4%. А в послеоперационном периоде

больные со значительным улучшением качества жизни составили 10,4% и с улучшением - 85,4%, незначительное улучшение качества жизни отмечено у 4,3% больных.

ВЫВОДЫ:

1. Применение микроваскулярной декомпрессии нервного корешка при хирургическом лечении невралгии тройничного нерва у 222 (54,4%) пациентов в предоперационном периоде с нарушениями неврологической чувствительностью, у 144 (64,9%) пациентов в послеоперационном периоде чувствительность восстановилась, улучшение результатов лечения достигнуто у 91,4%, болевые ощущения в 99% случаев устранены и это всё доказало эффективность этого метода.

2. Модифицированный доступ микроваскулярной депрессии корешка тройничного нерва, показал улучшение в 91,4%, облегчение боли в 99% случаев и уменьшение послеоперационных осложнений на 2,5% у 134 (32,8%) пациентов с ТН, и эта доказало эффективность модифицированного доступа в нейрохирургическом лечении.

3. Оценка качества жизни, основанная на полученных результатов опросника, проведенном исследовании у 164 пациентов с невралгией тройничного нерва, показала резкое ухудшение качества жизни у 76,5% пациентов в предоперационном периоде и ухудшение качества жизни у 24,4%. В послеоперационном периоде значительное улучшение качества жизни пациентов было отмечено у 10,4%, улучшение у 85,4% и незначительное улучшение качества жизни у 4,3%, что доказывает чувствительность и эффективность опросника.

4. Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва по разработанному опроснику, в третьем периоде пациенты с легким болевым синдромом 24,4%, в среднем 71,3%, тяжелые 4,3%, а в послеоперационном периоде полное отсутствие боли - 97,6% и у 2,4% - проявились легкие боли, что в свою очередь подтвердило чувствительность и эффективность опросника.

5. Использование разработанных опросников по оценке качества жизни и боли позволило оценить степень тяжести у 40,2% пациентов с невралгией тройничного нерва с оценкой от 10 до легкой степени, от 22 до средней и от 32 до 33 до тяжелой степени. Это, в свою очередь, позволило разработать тактику, которая рекомендовала консервативно лечить пациентов с легкой невралгией, консервативно и хирургически со средней степени невралгии, а пациентов с тяжелой невралгией - только хирургическим путем.

6. Сравнительная оценка качества жизни и болевого синдрома с использованием разработанных опросников показала, что вопросники были взаимосвязаны и что они были эффективны в оценке болевого синдрома и

качества жизни при невралгии тройничного нерва, не менее с точки зрения чувствительности и надежности, чем в существующих опросниках.

7. Разработанный алгоритм диагностики и нейрохирургического лечения, оказался эффективным, позволил выявить показания и противопоказания для микроваскулярной декомпрессии и позволил разработать тактику дифференцированного выбора хирургического лечения пациентов с невралгией тройничного нерва.

8. Метод электронейромиографии, как один из компонентов разработанного алгоритма, позволил выявить патологическое раздражение корешка тройничного нерва у 196 (48,1%) пациентов. Выявление центральной раздражения у 144 (75%) пациентов, смешанной раздражения у 5 (2,4%) было абсолютным показанием к МВД, а периферические раздражения у 44 (22,6%) было относительным показателем для хирургического лечения. ЭНМГ и доказал свою эффективность на 77,4% в разработке диагностической тактики при нейрохирургическом лечении невралгии тройничного нерва.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDED ACADEMIC
DEGREES DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 AT THE REPUBLICAN
SPECIALIZED-SCIENTIFIC RESEARCH AND PRACTICAL MEDICAL
CENTER FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER NEUROSURGERY**

MIRZAEV ALISHER UMIRZOKOVICH

**RESEARCH OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH TRINE
NERVE NEURALIA AFTER MICROVASCULAR DECOMPRESSION**

14.00.28 - Neurosurgery

**ABSTRACT
of the dissertation of the doctor of sciences (DSc)**

TASHKENT - 2020

The topic of the doctoral dissertation (DSc) was registered at the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2017.3.DSc/Tib245

Doctoral dissertation was performed at the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Neurosurgery.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.uzniito.uz) and the Information and Education Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant: **Akhmediev Mahmud Mansurovich**
Doctor of Medical Sciences

Official opponents: **Alikhodjaeva Gulnara Alavutdinovna**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Rizaev Jasur Alimdjanovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Makhkamov Kozim Ergashevich
Doctor of Medical Sciences

Leading organization: **Andijan State Medical Institute**

The dissertation will be defended on "_____" 2020 at _____ hours at a meeting of the One-time Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Traumatology and Orthopedics (Address: 100147, Tashkent, Makhtumkuli yuli str., 78. Phone: (+99871) 233-10-30; e-mail: niito-tashkent@yandex.ru, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Traumatology and Orthopedics).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Traumatology and Orthopedics (registered for No. 4). Address: 100147, Tashkent, st. Makhtumkuli, 78. Tel.: (+99871) 233-10-30.

An abstract of the dissertation was sent out "_____" 2020.

(register of the distribution protocol No. _____ dated "_____" 2020).

M.E. Irismetov
Chairman of the One-time Scientific Council
for the award of scientific degrees,
Doctor of Medical Sciences

U.M. Rustamova
Scientific Secretary of the One-time Scientific
Council for Award scientific degrees, Candidate of
Medical Sciences, Senior Research

A.P. Alimov
Chair of the One-time Scientific Seminar at the
Scientific Council for the award of scientific
degrees, Doctor of Medical Sciences

INTRODUCTION (abstract of a doctoral dissertation (DSc))

The aim of the study was to study the dynamics of the quality of life and improve the results of neurosurgical treatment of patients with trigeminal neuralgia.

The object of the study. 408 patients with trigeminal neuralgia who underwent surgery using the method of microvascular decompression of the trigeminal nerve root, who underwent treatment at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Neurosurgery in 2012-2018, were examined.

The scientific novelty of the study:

a modification of the access of microvascular decompression of the trigeminal nerve in a neurosurgical treatment was developed to improve visualization of the cranial nerves, as well as to prevent excessive traction of the cerebellum, liquorrhea, acusia, hypocusia and facial paresis in patients with trigeminal neuralgia;

a questionnaire and a computer program designed and tested to assess pain in patients with trigeminal neuralgia objectively assessed the severity of the subjective sensation of the patient - the nature, intensity and localization, triggers, the degree of pain intensity before and postoperative periods;

a questionnaire and a computer program designed and tested to assess the quality of life of patients with trigeminal neuralgia, to assess the quality of life and health of a patient with TN before and after surgery, the influence of external factors on the disease, the effect of TN on everyday life, mood, work and social status;

an algorithm for the diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia has been developed, taking into account the severity of neuralgia, somatic pathology and neurodiagnostic data, as well as a different approach to the surgical treatment of patients with trigeminal neuralgia, proven indications and contraindications for microvascular decompression of the trigeminal nerve;

with the help of questionnaires, it proved that the sensitivity and reliability of the benefits obtained from the questionnaires are superior to other questionnaires used in a comparative assessment of the quality of life of patients in the period before and after microvascular decompression of the trigeminal nerve.

Implementation of research results. Based on the results of scientific research on the quality of life after microvascular decompression in patients with trigeminal neuralgia: the methodical recommendation "Questionnaire for assessing pain in trigeminal neuralgia" was approved (Conclusion of the Ministry of Health No. 8N-r / 220 of June 3, 2019). Quantitative measurement of pain intensity in patients with trigeminal neuralgia, adequate assessment of the severity of pain, analysis of the effectiveness of treatment;

The methodological recommendation "Questionnaire for assessing the quality of life in trigeminal neuralgia" was approved (Conclusion of the Ministry of Health No. 8N-r / 221 of June 3, 2019). Assessment of the quality of life and the psychosomatic state of the patient made it possible to give recommendations for

improving the quality of life;

The methodological recommendation “Modification of microvascular decompression access for trigeminal neuralgia” was approved (Conclusion of the Ministry of Health No. 8N-r / 222 of June 3, 2019). The use of the proposed access modification prevented excessive cerebellar traction, the appearance of cerebrospinal fluid, and the use of pads in the form of muscle, adipose tissue and fascia fragments reduced postoperative complications;

The results obtained were put into practice in the Bukhara and Navoi regional multidisciplinary medical centers, the health department of the Navoi mining and metallurgical plant (conclusions of the Ministry of Health No. 8n-d / 286 dated November 26, 2019 and No. 8n-z / 38 dated 05.06.2020.). The results of the implementation made it possible to optimize the choice of an adequate volume of treatment, reduce the time of examination and therapy, reduce the number of relapses.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, six chapters, conclusion, conclusions, and a list of references. The volume of the dissertation is 190 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М., Тухтаев Н.Х. Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва: Монография. - Ташкент: Mashhur-Press, 2019. - 120 с.
2. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Методы хирургического лечения невралгии тройничного нерва // Стоматология (Среднеазиатский научно-практический журнал). - 2009. - №1-2 (39-40). -С. 96-98. (14.00.00; №12)
3. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Исследование качества жизни больных с невралгией тройничного нерва после дифференцированной микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва // Вестник национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова. - 2010. - Т.5. - № 2. - С. 94-96. (14.00.00; № 16)
4. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Гафуров Ш.Б., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М. Качество жизни больных с невралгией после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва // Неврология (Узбекистан). - 2011. - №2. - С. 17-19. (14.00.00; №4)
5. Кариев Г.М., Мирзаев А.У., Усмонов Л.А., Аминжанов Б.А. Исследование качества после хирургического лечения больных с невралгией тройничного нерва и сахарным диабетом // Проблемы биологии и медицины (Самарканд, Узбекистан). – 2011. - № 2 (65). – С. 103-107. (14.00.00; №19)
6. Мирзаев А.У., Кариев Г.М. Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М. Дифференцированное хирургическое лечение и качество жизни больных при невралгии тройничного нерва // Український нейрохірургічний журнал. - 2011. - № 3. - С.49-50. (14.00.00; № 142)
7. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У. Послеоперационный мониторинг больных с дифференцированным хирургическим лечением невралгии тройничного нерва // Новый день в медицине. - Ташкент, 2014. - № 2(6). - С. 54-56. (14.00.00; №22)
8. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Оценка качества жизни пациентов с невралгией V нерва до и после микроваскулярной декомпрессии // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2019. - №4. – С. 67-71. (14.00.00; №3)
9. Мирзаев А.У., Юлдошев О.Т. Качество жизни больных с невралгией тройничного нерва после микроваскулярной декомпрессии (обзорная статья) // Стоматология (Среднеазиатский научно-практический журнал). - 2019. - №2 (75). -С. 83-88. (14.00.00; №12)
10. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Quality of Life in Patients with Trigeminal Neuralgia after Microvascular Decompression of the Root of the Trigeminal Nerve Modified Access // German Medical Journal. - 2019. - № 2 (25). - P. 58-67. (Англо-арабская версия). (14.00.00; №21)
11. Мирзаев А.У. Качество жизни и хирургическое лечение пациентов с невралгией тройничного нерва // Неврология (Узбекистан). – 2019. - № 3. – 37-

39. (14.00.00; №4)

12. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Изучение качества жизни пациентов до и после хирургического лечения невралгии тройничного нерва. Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2019. - № 3. – С. 108-110. (14.00.00; № 13)

13. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Динамика качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва до и после микроваскулярной декомпрессии // Вестник национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова. - 2019. – Т. 14. - № 2. - С. 49-52. (14.00.00; № 16)

14. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Quality of Life in Patients with Trigeminal Neuralgia after Microvascular Decompression of the Root of the Trigeminal Nerve Modified Access//German Medical Journal. - 2019. - № 2 (25). - P. 58-65 (Англо-русская версия). (14.00.00; №21)

15. Мирзаев А.У., Юлдашев О.Т. Качество жизни пациентов с невралгией тройничного нерва до и после микроваскулярной декомпрессии. // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2019. - № 4. – С. 88-90. (14.00.00; №13)

II бўлим (II часть; II part)

16. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Методы оценки боли в диагностике невралгии тройничного нерва // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы 3-й научно-практической конференции - Ташкент, 2008. - С. 255.

17. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Тактика и алгоритм выбора метода хирургического лечения невралгии тройничного нерва // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы 3-й научно-практической конференции - Ташкент, 2008. - С. 257.

18. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Микроваскулярная декомпрессия, как наиболее эффективный выбор метода хирургического лечения у больных с невралгией тройничного нерва // Материалы 4-го съезда неврологов Узбекистана: Неврология. - 2008. - №3-4. - С. 189.

19. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Комплексное лечение болевого синдрома у больных с невралгией тройничного нерва // Современные проблемы психиатрии и неврологии: материалы Республиканской научно-практической конференции- Ташкент, 2009. - С. 99.

20. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Исследование качества жизни больных с невралгией тройничного нерва после хирургического лечения // Материалы V съезда нейрохирургов России. - Уфа, 22-25 июня 2009. - С. 362.

21. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Хирургическое лечение болевого синдрома у больных с невралгией тройничного нерва // Материалы 1-го съезда Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи. - Ташкент, 2009. - С. 324.

22. Мирзаев А.У., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М., Нарзуллаев А.А. Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва с вегетососудистыми и трофическими нарушениями путем перевязки поверхностной височной артерии // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы IV научно-практической конференции с междным участием. - Ташкент, 2010. - С.177.

23. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Нарзуллаев А.А. Качество жизни больных с невралгией тройничного нерва после хирургического лечения

// Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы IV научно-практической конференции с междным участием. - Ташкент, 2010. - С. 178.

24. Абдуназарова Н.Ф., Мирзаев А.У., Якубов Ж.Б., Нарзуллаев А.А. Лечение психоэмоциональных расстройств у больных с невралгией тройничного нерва // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы IV научно-практической конференции с международным участием. - Ташкент, 2010. - С. 214.

25. Мирзаев А.У., Ахмедова Д.А., Матмусаева М.А., Нарзуллаев А.А. Сенсорная тугоухость у больных с невралгией тройничного нерва // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы IV научно-практической конференции с междным участием. - Ташкент, 2010. - С.224.

26. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М. Влияние хирургического лечения у больных с невралгией тройничного нерва на качество жизни // Проблемы реконструктивной и восстановительной нейрохирургии: научно-практической конференции - г. Партенит, АР Крым, 7-8 октября 2010. - С. 37.

27. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Качество жизни после микроваскулярной декомпрессии у больных с невралгией тройничного нерва // Поленовские чтения: мат-лы IX Всерос. научно-практической конференции, посвящается памяти И.Я.Раздольского, И.С.Васкина, А.В.Бондарчука. - Санкт-Петербург, 6-10 апреля 2010 года. - С. 355.

28. Абдуназарова Н.Ф., Мирзаев А.У., Порсаев А.И., Якубов Ж.Б. Психоэмоциональные расстройства у больных с невралгией тройничного нерва // Поленовские чтения: материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции - Санкт-Петербург, 19-22 апреля 2011. - Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова - Т. III, специальный выпуск. - С. 206.

29. Ахмедова Д.А., Мирзаев А.У., Матмусаева М.А., Порсаев А.И. Снижение слуха у больных с невралгией тройничного нерва // Поленовские чтения: материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции - Санкт-Петербург, 19-22 апреля 2011. - Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова - Т. III, специальный выпуск. - С. 208

30. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Порсаев А.И., Алтыбаев У.У. Влияние хирургического лечения на качество жизни больных с невралгией тройничного нерва // Поленовские чтения: материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции - Санкт-Петербург, 19-22 апреля 2011. - Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова - Т. III, специальный выпуск. - С. 404.

31. Кариев Г.М., Мирзаев А.У., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М. Изменения качества жизни больных с невралгией тройничного нерва в зависимости от вида хирургического лечения // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы научно-практического семинара. - Ташкент-Андижан, 2011. - С. 203.

32. Мирзаев А.У., Берлинер Е.Б., Алтыбаев У.У., Порсаев А.И., Махкамов М.К. Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва с

вегетосудистыми, трофическими расстройствами // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы научно-практического семинара. - Ташкент-Андижан, 2011. - С. 204.

33. Мирзаев А.У., Абдуназарова Н.Ф., Матмусаева М.А., Порсаев А.И. Психоземotionalные расстройства у больных с невралгией тройничного нерва // Актуальные проблемы нейрохирургии: материалы научно-практического семинара. - Ташкент-Андижан, 2011. - С. 257.

34. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У. Исследование качества жизни больных после микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва в катамнезе // Ўзбекистон нейрохирургларининг 1 Халқаро съезди, 25-26 апрел Бухоро ш., 2014. - С. 236-237.

35. Мирзаев А.У., Ахмедиев М.М. Микроваскулярная декомпрессия корешка V нерва и качество жизни пациентов с невралгией тройничного нерва // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л.Поленова, г. Санкт-Петербург. – 2018. – Т. 10. – С. 168.

36. Мирзаев А.У., Ахмедиев М.М. Quality of Life after Microvascular Decompression in Trigeminal Neuralgia // Мат-лы 4-го Международного Конгресса по минимально инвазивной нейрохирургии. - Москва, 19-21 апреля 2018. - С.82.

37. Мирзаев А.У. Исследование качества жизни больных с невралгией тройничного нерва после хирургического лечения // Материалы VIII Всероссийского съезда нейрохирургов, г. Санкт-Петербург, 2018. – с. 165.

38. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Тухтаев Н.Х. Модификация доступа микроваскулярной декомпрессии при невралгии тройничного нерва: Методические рекомендации - Ташкент, 2019. - 27 с.

39. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Опросник для оценки качества жизни при невралгии тройничного нерва: Методические рекомендации - Ташкент, 2019. - 31 с.

40. Мирзаев А.У., Кариев Г.М. Опросник для оценки болевого синдрома при невралгии тройничного нерва Методические рекомендации - Ташкент, 2019.-32с.

41. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Авторское свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (DGU 07299 от 06.12.2019 года).

42. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Авторское свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (DGU 07300 от 06.12.2019 года).

43. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М. Авторское свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ «Алгоритм диагностики и нейрохирургического лечения невралгии тройничного нерва» Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (DGU 07752 от 14.02.2020 года).

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
тахририятида тахрирдан ўтказилди.
(15 июн 2020 йил)



M U H A R R I R I Y A T V A N A S H R I Y O T B O ' L I M I

Разрешено к печати: 15 июня 2020 года
Объем – 3,2 уч. изд. л. Тираж – 100. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «TimesNewRoman»
Заказ № 0617 -2020. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru