

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

На правах рукописи

УДК: 616.831-006-089:616831-005.4:616-084

Мирзаев Алишер Умирзакович

**Дифференцированное хирургическое лечение невралгии
тройничного нерва**

14.00.28 – нейрохирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Ташкент -2007

**Работа выполнена в Научном Центре Нейрохирургии
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан**

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук,
профессор

Кариев Гайрат Маратович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,
Профессор

Мамадалиев Абдурахмон Маматкулович

Доктор медицинских наук,
Профессор

Халимова Ханифа Мухсиновна

**Ведущее учреждение: Андижанский Государственный медицинский
институт**

Защита состоится «___» «_____» 2007 г. в ___ час на заседании
Специализированного Совета Д 087.07.01. в Научно-исследовательском
институте травматологии и ортопедии (700047, г. Ташкент, улица
Мусаханова 78).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан «___» _____ 2007 г.

**Ученый секретарь
Специализированного Совета,
доктор биологических наук**

ШАМАНСУРОВА Л.И.

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет до 30-50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость по данным ВОЗ находится в пределах 2-4 человек на 100 000 населения. Заболевание чаще возникает после 40 лет и преобладает у женщин (Мегдятов Р. С. с соавт., 1997; Павленко С. С., 2006).

Хирургия невралгии тройничного нерва начиналась с операций проводимых на периферических ветвях затем на интракраниальных ветвях периферических нервов и Гассеровом узле проводящих путях головного мозга. Достижения современной науки в принципе не изменили топографо-анатомического принципа в подходе к хирургии НТН.

Появились новые операции: к ним относят терморизотомию (чрезкожная высокочастотная селективная ризотомия), ретрогассериальную ризотомию глицеролом и балонную микрокомпрессию (Гречко В. Е., с соавт., 1986; Пузин М. Н., 1992; Степанченко А. В., 1994; Мегдятов Р. С. И соавт., 1997; Вейн А. М., 1999; Delzell J. E., Grelle A. R., 1999), тригеминальная нуклеотракотомия, радиочастотная деструкция гассерова узла (Оглезнев К. Я., Онопченко Е. В., 1999; Taha J. M., Tew J. M., 1996), эпидуральная нейростимуляция моторной коры головного мозга (Delzell J. E., Grelle A. R., 1999).

Принципиально новым подходом к хирургическому лечению стала операция, предложенная W. J. Gardner (1962, 1967) и далее разработанная с применением операционного микроскопа R. W. Rand (1982, 1985) и на более обширном материале Р. J. Janetta и др. (1981, 1982, 1985). Её суть заключается в том, что основной причиной развития НТН является сосудисто-нервный конфликт, который вызывает развитие болевого импульса. Данная операция направлена на разобщение данного конфликта с использованием буферных материалов, и носит название - микроваскулярная декомпрессия (МВД) Преимуществом этой операции является то, что полностью сохраняются чувствительные, двигательные и вегетативные функции тройничного нерва (Аудерс А. Г.. 1988).

Степень изученности проблемы. Анализ научной литературы по проблеме хирургического лечения невралгии тройничного нерва свидетельствует о необходимости определения дифференцированного хирургического подхода к лечению болезни.

Отсутствие единых подходов к решению вопросов тактики хирургического лечения, оценки эффективности вмешательств определило цель и задачи настоящего исследования.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР.

Диссертационная работа является фрагментом проблемы: Разработка и внедрение минимально инвазивной и эндоскопических технологий в лечении заболеваний головного мозга.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с невралгией тройничного нерва за счет использования оптимального и адекватного метода хирургического лечения с учетом сопутствующих соматических заболеваний.

Задачи исследования:

1. Изучить характерные клинико-диагностические особенности невралгий тройничного нерва.
2. Определить критерии выбора метода хирургического лечения невралгий тройничного нерва.
3. Сравнение результатов хирургического лечения невралгий тройничного нерва.
4. Разработать алгоритмы лечения больных с невралгией тройничного нерва.

Научная новизна

Определены рациональные методы хирургического лечения невралгии тройничного нерва в зависимости от возраста, сопутствующей патологии, длительности болезни путем дифференцированного подхода и применения визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и опросника Мак-Гилл.

Научно-практическая ценность работы.

Изучены клинические и диагностические аспекты невралгии тройничного нерва. Показано влияние таких факторов как возраст, сопутствующая патология, длительность болезни и проведенные методы лечения на выбор метода хирургического лечения невралгии тройничного нерва. Разработаны диагностические и лечебные алгоритмы, показания к микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва. Применены и обоснованы методы оценки боли по шкалам и опроснику для объективизации и оценки результатов лечения.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Хирургическому методу лечения подвергаются больные с невралгией тройничного нерва после длительного безуспешного консервативного лечения.
2. Стратегическим направлением лечения больных с невралгией тройничного нерва должен быть принцип «нарастающей радикальности» и индивидуализация хирургического лечения.
3. Микрососудистая декомпрессия корешка тройничного нерва при невралгии тройничного нерва является методом выбора в хирургическом лечении при адекватном отборе больных.

4. Для оценки болевого синдрома, объективизации результатов лечения рационально применение визуально-аналоговой шкалы и краткого опросника Мак-Гилл.

5. На основании анализа ближайших и отдаленных результатов разработать алгоритмы метода выбора хирургического лечения больных с невралгией тройничного нерва.

Апробация работы. Основные положения работы доложены: на научно-практической конференции «Актуальные проблемы экстренной нейрохирургии», г. Навои, 2004г.; на научном семинаре с участием сотрудников кафедры Челюстно-лицевой хирургии и Стоматологии Первого ТашГосМИ, 2004г.; на обществе нейрохирургов Республики Узбекистан, г.Ташкент, 2005г.; II Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы нейрохирургии», г.Ташкент 2005г., на научно-практическом семинаре «Актуальные проблемы нейрохирургии», г.Самарканд, 2006г., на научно-практическом семинаре «Актуальные проблемы нейрохирургии», г.Гулистан, 2007г.

Апробация работы проведена на Ученом совете Республиканского научного центра нейрохирургии МЗ РУз с участием сотрудников кафедры Нейрохирургии с курсом ВПХ Первого ТашГосМИ, 2004г., Межкафедральное заседание с участием кафедр Неврологии с участием кафедры травматологии, ортопедии, ВПХ и нейрохирургии ТМА, 2006 г.

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 7 научных трудов, в том числе 4 журнальных статей, 2 тезиса и 1 методические рекомендации.

Структура диссертации

Диссертация написана на 106 страницах компьютерного текста, содержит 4 главы, заключение, выводы и практические рекомендации, список литературы включает 67 русскоязычных и 131 иностранных источника и иллюстрирована 10 таблицами, 15 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении раскрываются актуальность темы, цель и задачи исследования. Научная новизна и научно практическая значимость, формулируются положения, выносимые на защиту, дается обоснование практического внедрения полученных результатов.

В первой главе «Обзор литературы» подробно анализируются литературные данные по изучению невралгий тройничного нерва. Приводятся данные отечественной и зарубежной литературы по хирургическому лечению невралгий тройничного нерва, а также их преимущества и недостатки.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» нами проанализированы результаты наблюдений над 116 больными с невралгией тройничного нерва, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Научном Центре нейрохирургии МЗ РУз в период с 1996 по 2006 годы. Все больные по методам лечения распределены на три группы:

В первую группу вошли 54 (46,6%) больных, которым проведены блокады периферических ветвей тройничного нерва, во вторую группу 39(33,6%) больных перенесшие экзереэ ветвей тройничного нерва и третью составили 23(19,9%) больных подвергшихся микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва. Анализ распределения больных по возрастам показал, что среди больных преобладали женщины - 85 (73,3%), мужчин было 31 (26,7%), что в 2,4 раза больше, чем мужчин. Большинство больных 82 (70,7%) составили старшего среднего и пожилого возраста, максимум больных пришелся на возрастную группу 60-74 года, 49 (42,2%). Для наглядности приводим рисунок 1, на котором отражено распределению больных по возрасту и полу.

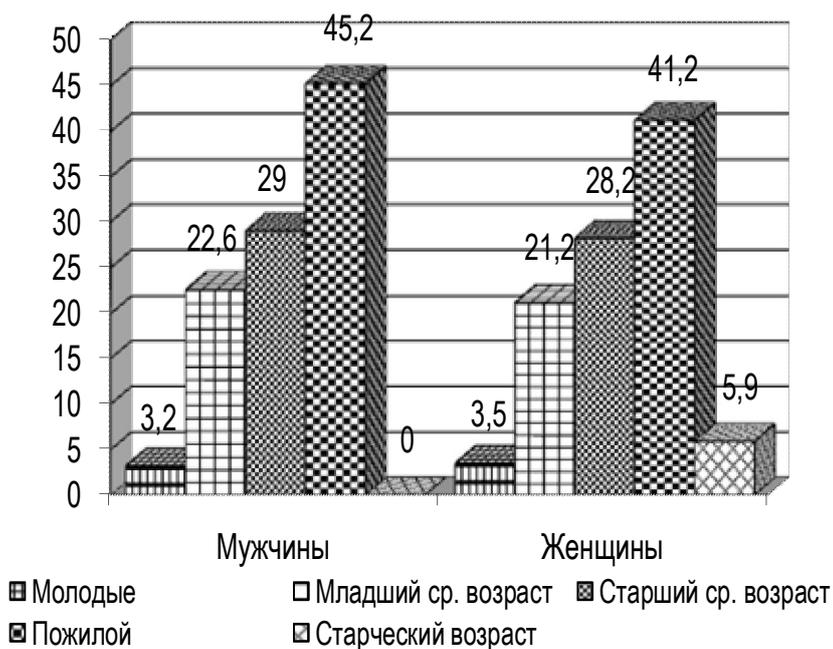


Рис.1. Анализ больных по возрасту и полу

Исходя из анамнестических данных и после полного исключения факторов симптоматической НТН (опухоли головного мозга, сосудистые заболевания, демиелинизирующие заболевания ствола и др.) нами были установлены следующие предполагаемые этиологические факторы развития заболевания. По данным нашего исследования у большего количества больных этиологический фактор не установлен (52%). Что также согласуется с литературными данными. Наиболее часто указываемым больными и подтверждаемым нашими исследованиями явились одонтогенные причины

(24%) и перенесенные в анамнезе воспалительные заболевания ЛОР органов и др. Рис.2.



Рис.2. Распределение больных по этиологическому фактору

По частоте поражения ветвей тройничного нерва больные распределились следующим образом. У 91 (78,4%) пациентов отмечалась НТН справа, у 23 (19,8%) больных - слева и в 2 (1,8%) наблюдений с двух сторон . У исследуемых больных чаще поражалась вторая (33,3%) и вторая + третья ветви (4,6%) и, как отмечалось выше, в большинстве случаев отмечена правосторонняя невралгия. Нами для удобства анализа больные с невралгией тройничного нерва распределены на группы по количеству заинтересованных ветвей и по расположению пораженных ветвей (рис.3).

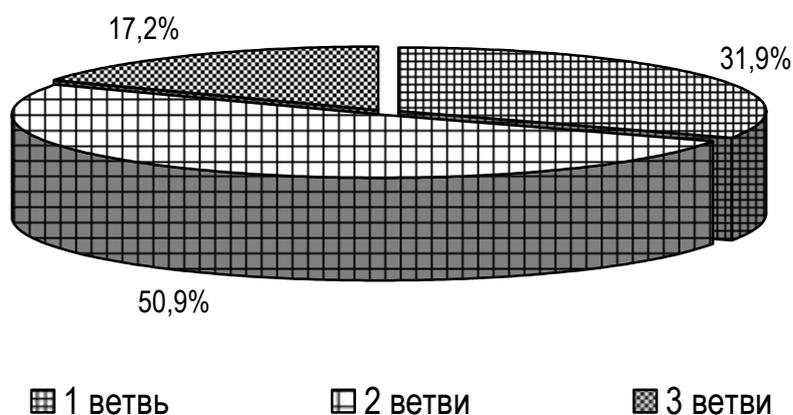


Рис. 3 Частота поражения ветвей тройничного нерва

При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 116 у 47 (40,5%) больных отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 36 (31,0%) больных, ишемической болезнью сердца у 9 больных (7,8%) (4 ранее переносили инфаркт миокарда). В 13 (11,2%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 3 (2,6%) больных печеночная патология и у 1 (0,9%) почечная недостаточность (рис.4). Следует указать, что у одного и того же больного отмечалось сочетание двух и более соматических заболеваний, особенно это было характерно для сердечно-сосудистых заболеваний.

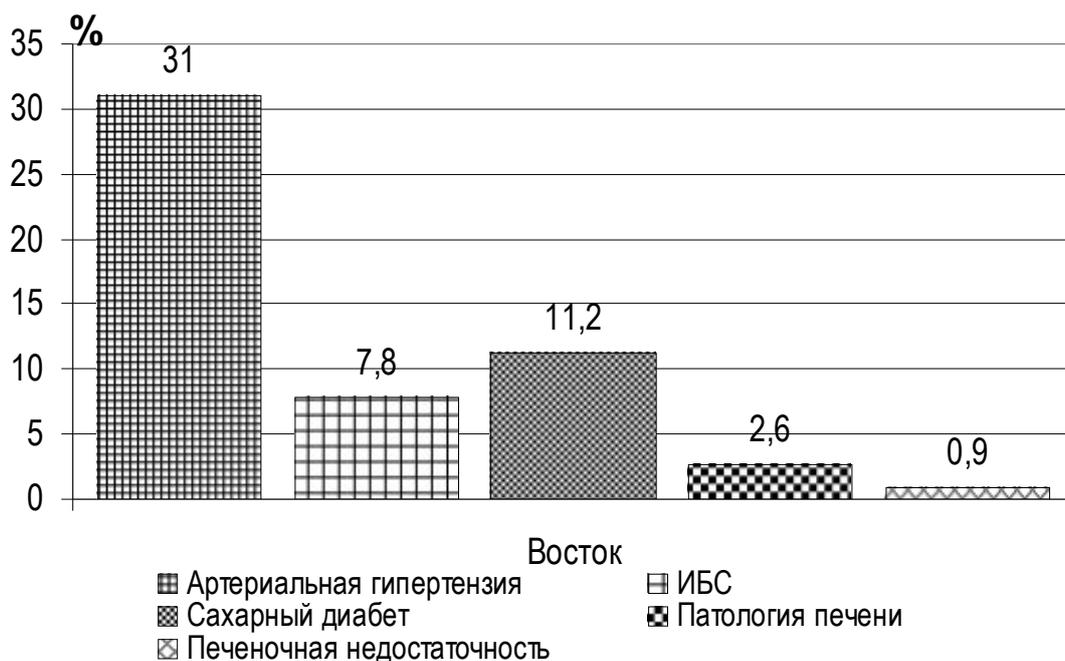


Рис. 4. Соматический статус обследованных больных

При повозрастном анализе отмечено, что у лиц пожилого возраста и старческого возраста соматическая патология встречается практически в 80% наблюдений.

Для оценки результатов лечения использовали следующие критерии:

1.Значительное улучшение – случаи хорошего исхода, когда в заданной зоне наступала аналгезия, болей на лице нет. Пациент свободно разговаривает, ест, чувствует себя вполне здоровым.

2.Улучшение – группа больных, у которых после операции исчезли приступы тяжелой невралгии, но остается незначительная боль или парестезии на прежнем участке лица, не требующее лечения. А также больные, у которых на фоне хорошего состояния имелись послеоперационные осложнения: двоение в глазах, периодические головокружения, слабость жевательной мускулатуры.

3.Без перемен – группа больных, у которых боль оставалась прежней или наступало незначительное улучшение.

Для изучения и оценки болевого синдрома до, - и послеоперационном периоде, а также при катамнестическом исследовании использовали

визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) и болевой опросник Мак-Гилла . Отдаленные результаты оценивали при осмотре больного в период диспансерного наблюдения, в больнице во время рецидивов, а также по ответам на вопросы анкет.

Важное место при установлении диагноза и определении дальнейшей тактики лечения нами отведено данным компьютерно-томографического исследования головного мозга, которое проводилось аппаратами СРТ-1010 (Киев, Украина) Siemens «Somatom ARTX» (Германия). Плотность ткани мозга и плотность объемных образований определялись по Хаунсфилд (ед.Н), где плотность воды равна нулю. Компьютерно-томографическое исследование проведено у 34 больных первично и у 14 больных в послеоперационном периоде. Магнитно-резонансная томография производилась на аппарате «General electric medical “Signa MRI” США у 20 больных.

В третьей главе анализируются данные по изучению частоты встречаемости невралгий тройничного нерва, начало и длительность болезни, неврологическая симптоматика. Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов лечения.

Таблица 1.

Ближайшие результаты лечения больных с невралгией тройничного нерва

Метод хирургического лечения	Результаты лечения			
	Значительное улучшение	улучшение	без перемен	Всего
I группа	5 (9,2%)	45 (83,3%)	4 (7,4%)	54
II группа	10 (25,6%)	26 (66,7%)	3 (7,7%)	39
III группа	20 (87%)	3 (13%)	0	23

Как следует из таблицы 1. положительные результаты отмечены у 109 (94,0%) больных, без перемен у 7 (6,0%) пациентов. Лучшие показатели в 3 группе, у всех больных этой группы получены положительные результаты.

В 1 группе болезненных анестезий – 4 (7,4%), остаточные боли в 7 (13,0%), а то время как во 2 группе – соответственно 3 (7,7%) и 4 (10,3%). Во 3 группе, остаточных болей и болезненных анестезий не было, у 2 (8,4%) больных наблюдались периферический парез лицевого нерва, который излечен во время пребывания в стационаре, в 1 (4,3%) случае асептический менингит, у 1-нагноение раны. Эти осложнения регрессировали в ближайшем послеоперационном периоде. Общее количество осложнения в 1-й группе составило 11 (20,4%). Во 2-й группе – 7 (17,9%), и в 3 группе 4 (17,4%).

Для оценки боли шкала и опросник применены при поступлении, после операции в ближайшем и отдаленным периодах. (Рис.5). Опросник Мак-Гилл использован как по общей оценки боли, так и в развернутом виде. Шкала и опросник для удобства пользования переведены на узбекский язык.

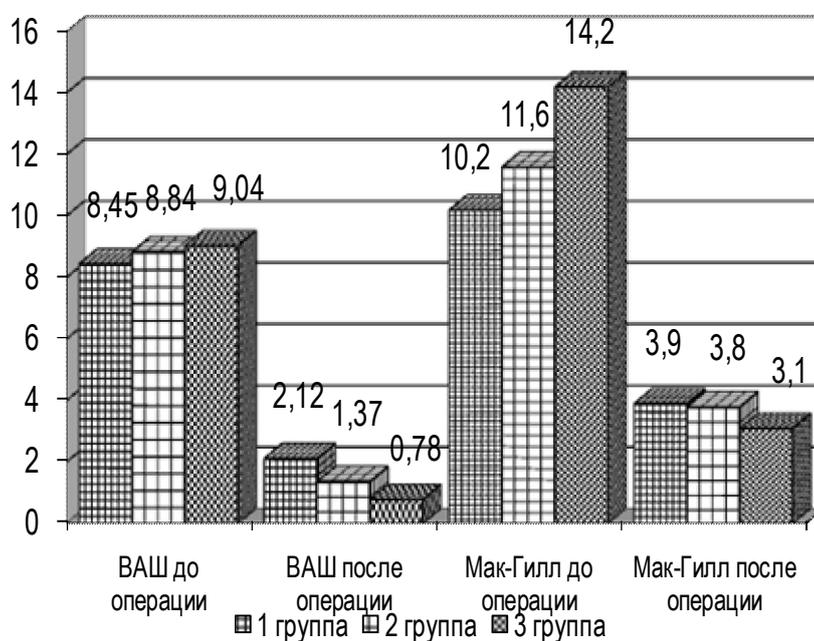


Рис. 5. Интенсивность болевых ощущений (ВАШ, Мак-Гилл) до и после операции

Сравнивая оценку боли самими пациентами при поступлении отмечаем, что характеристика по шкале ВАШ во всех трех группах сопоставимы и не отличаются большой разницей в баллах. Но после операции явно отмечается тенденция к снижению интенсивности болевого ощущения в зависимости от метода лечения. Как видно из рисунков в после операционном периоде интенсивных болевых ощущений по результатам анализа опросника Мак-Гилл значительно ниже в группе больных, которым произведена МСД корешка ТН. Хотя до операции в этой группе болевые ощущения были наивысшие. В шкале визуальных аналогов типичная картина.

Помимо ближайших результатов необходимо также учитывать и отдаленные результаты операций. Наиболее показательным является наличие рецидивов.

Для наглядности приводим графическое изображение динамики частоты рецидивов невралгии тройничного нерва после различных методов хирургического лечения. Рис.6.

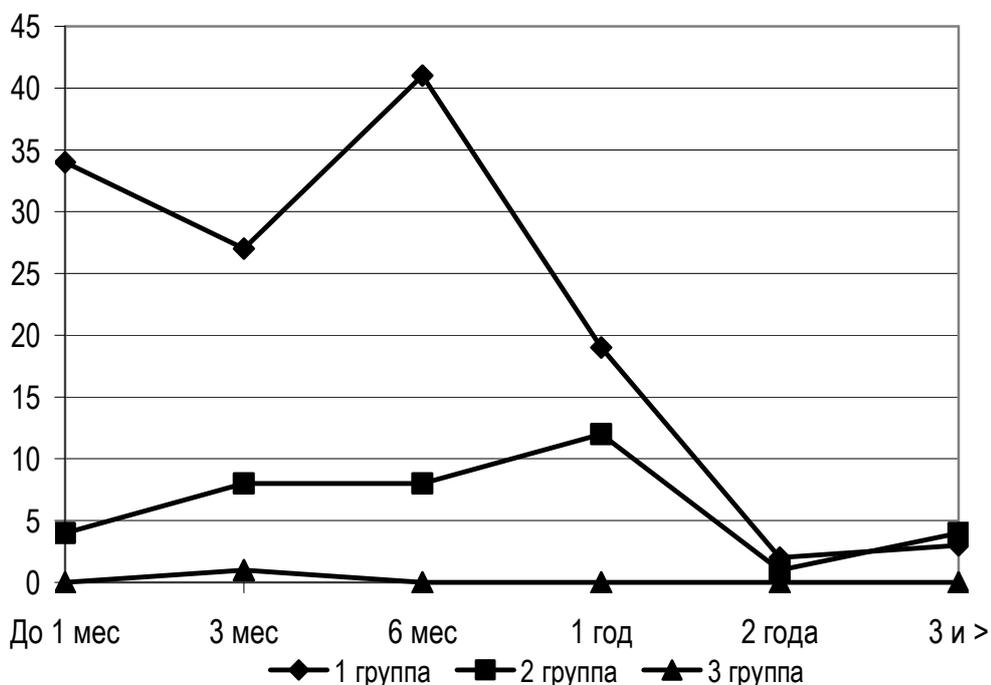


Рис. 6. Динамика частоты рецидивов невралгии тройничного нерва

В основном рецидивы болей после алкоголизации у исследуемых пациентов были в период до 1 года (96%) и достигало своего пика в период до 6 месяцев. У больных, которым было проведена операция экзез периферических ветвей, также характеризовалась нарастанием рецидивов до 1 года (84,2%), но своего пика достигала в период до 1 года. Из 23 больных с операцией МСД корешка тройничного нерва рецидив наблюдался у 1 больной в период до 3 месяцев, после проведенной консервативной терапии боли регрессировали.

Изучение интенсивности болевых ощущений у больных, лечившихся в нашей клинике по данным катамнеза используя шкалу ВАШ и опросник Мак-Гилл Рис.7. Рис. 8.

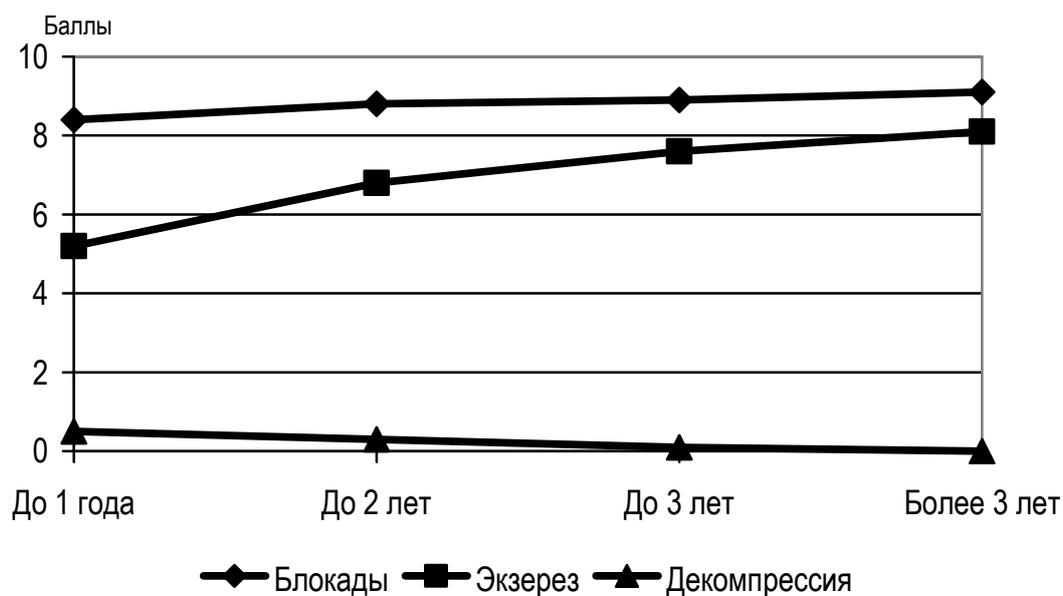


Рис. 7. Интенсивность болевого ощущения по шкале ВАШ (данные катамнеза)

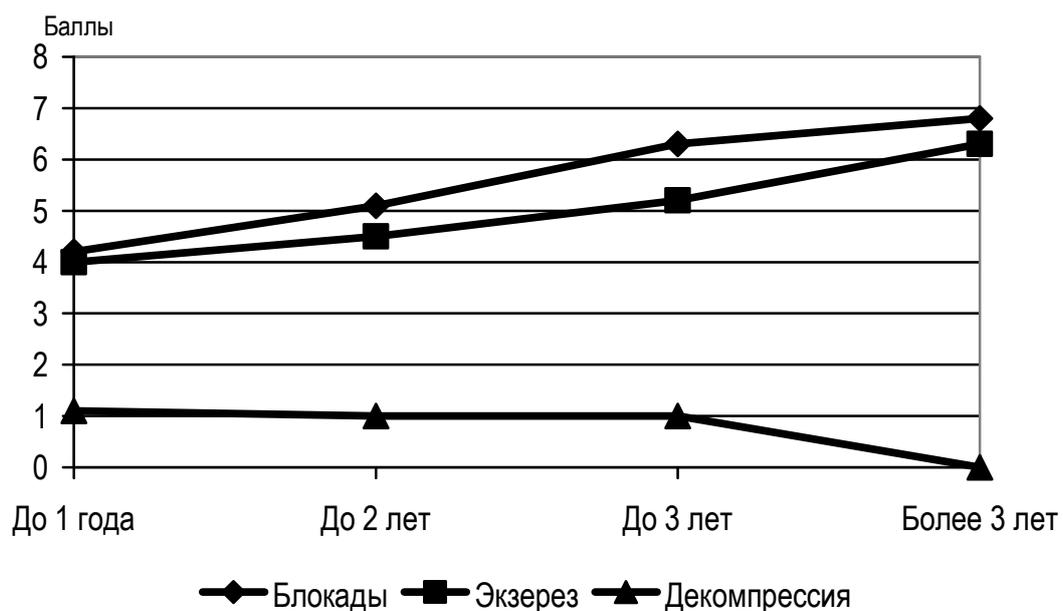


Рис. 8 Оценка болевого ощущения по опроснику Мак-Гилл (данные катамнеза)

Больные оценили свои болевые ощущения по шкале ВАШ и нами после проведенного анализа полученных катамнестических данных выявились следующие закономерности. В 1 и 2 группе выделенных по методам хирургического лечения интенсивность болевых ощущений нарастала из года в год. В 3 группе болевые ощущения, которые были у одной больной снижались и после 3 лет исчезли.

По данным опросника Мак-Гилл получены идентичные данные.

В четвертой главе рассматриваются вопросы выбора методов хирургического лечения невралгий тройничного нерва, приводится сравнительная оценка методов хирургического лечения.

В нашей клинике, основываясь на достижениях современной нейрохирургии, нашего опыта избрали следующую тактику хирургического лечения невралгии тройничного нерва.

1. Проводился отбор больных для хирургического лечения:

а) в клинику госпитализировались больные после длительного безуспешного консервативного лечения.

б) больные с рецидивами, которым проводились различные хирургические методы лечения.

2. Диагностический подход:

а) определение характерного симптомокомплекса невралгии тройничного нерва – выявление «триггерных» и «курковых» зон

б) полный комплекс клинико-инструментального обследования для исключения симптоматической невралгии тройничного нерва.

3. Индивидуальный подход:

а) длительность болезни; б) соматический статус;

в) эффективность проведенных хирургических методов лечения

4. Медицинские аспекты:

а) оснащенность клиники б) подготовленность хирургов

При поступлении в стационар обязательным условием было проведение комплекса диагностических методов исследования для исключения у больного симптоматической невралгии тройничного нерва.

Основными задачами диагностики является исключение симптоматической невралгии тройничного нерва, что успешно реализуется КТ и МРТ диагностикой. Кроме того, во всех случаях типичной невралгии тройничного нерва на КТ и МРТ определяются атрофические процессы коры и вещества головного мозга. Определяются косвенные признаки нейрососудистого конфликта (увеличение и деформация цистерн мостомозжечкового угла гомолатеральной стороны; иногда определяется срез сосуда нехарактерный в этой области).

На основе проведенного анализа данных пролеченных больных (возраст, пол, длительность болезни, анамнестических данных о ранее проведенных методах лечения, результатов хирургического лечения: длительность безрецидивного периода; оценки болей до и после хирургических методов лечения и данных катамнеза используя шкалу ВАШ и опросник Мак-Гилл) выработана дифференцированная тактика подхода к выбору хирургического метода лечения невралгии тройничного нерва. Разработан алгоритм выбора метода лечения (Рис. 9).

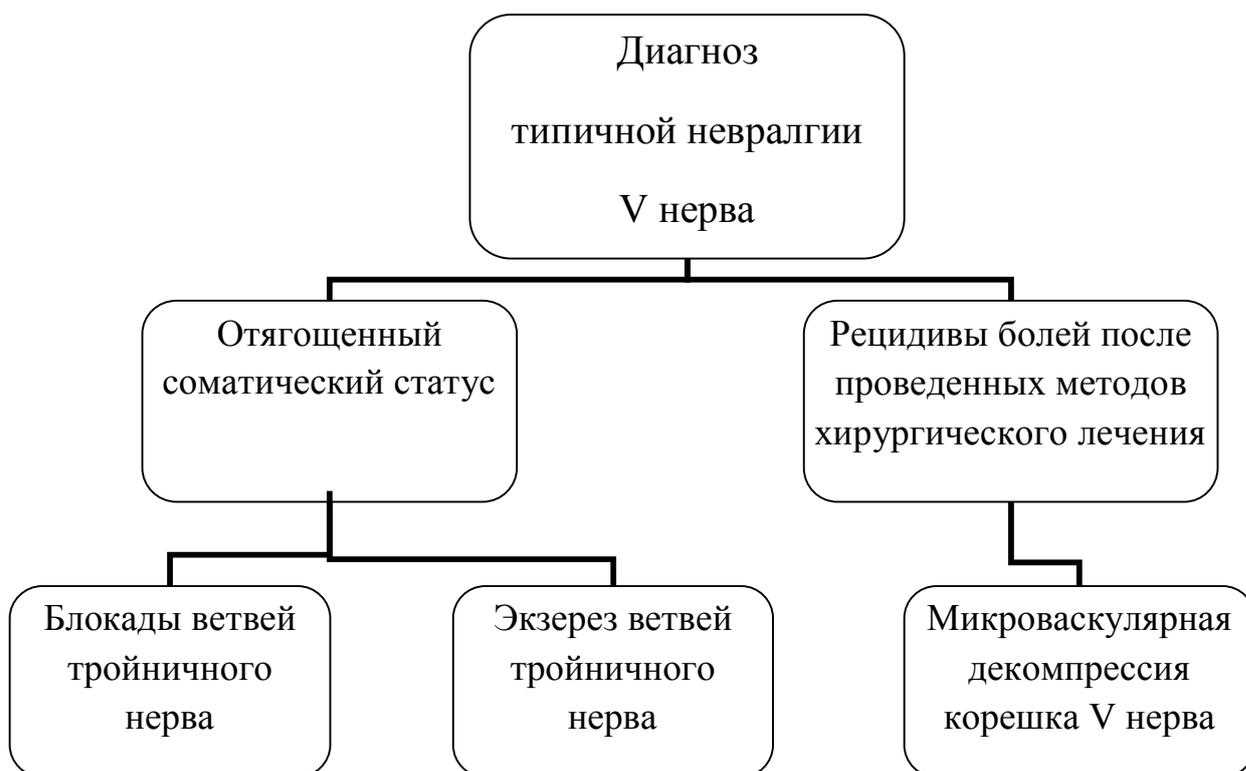


Рис. 9. Алгоритм выбора метода лечения

После установления диагноза типичной невралгии тройничного нерва, проводится отбор больных на метод хирургического лечения. Учитываем то, что все больные длительно лечились консервативно и эффект от терапии снижался или отсутствовал. Больным старших возрастных групп с отягощенным соматическим статусом менее агрессивные методы хирургического лечения. Контингент больных с ранее проведенными методами лечения невралгии тройничного нерва с отсутствием эффекта и частыми рецидивами предлагали микроваскулярную декомпрессию корешка тройничного нерва.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературы и полученные нами данные указывают, что при наличии показаний к хирургическому лечению методом выбора должно быть наиболее эффективный и неструктивный метод. Каким является микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва.

Выводы

1. Невралгией тройничного нерва (НТН) чаще страдают больные среднего и пожилого возраста, что составляет 70% наблюдений. Среди больных преобладают женщины – 73%.

2. Клиническая картина НТН определяется симптомокомплексом поражения ветвей и наиболее специфичными симптомами является наличие триггерных зон развития боли, который отмечен у 97% больных. Наиболее чаще поражаются вторая (46%), и одновременно вторая+третья ветви (75%) с правосторонней локализацией процесса (87%).

3. Выбор метода хирургического лечения должен определяется длительностью заболевания, наличием сопутствующих соматических патологий, а также этиологическим фактором развития процесса (опухолевой процесс, поствоспалительный, сосудистый конфликт и т.д.). Показанием к операции микроваскулярной декомпрессии является неэффективность проводимой консервативной терапии, а также рецидив болевых приступов после проводимых ранее блокады и перерезки периферических нервов.

4. Наиболее эффективным методом хирургии НТН является проведение микроваскулярной декомпрессии, которая позволила добиться стойкого купирования процесса в 93% наблюдений. Блокады ветвей и перерезка периферических ветвей приводит лишь к кратковременному купированию болевого синдрома.

Практические рекомендации

1. Больные с диагнозом НТН должны быть подвергнуты комплексному клинико-инструментальному обследованию с обязательным включением в обследование КТ или МРТ головного мозга.

2. Для оценки болевого синдрома, объективизации результатов лечения необходимо применение шкалы ВАШ и краткого опросника Мак-Гилл.

3. Больным с диагнозом невралгия тройничного нерва должен применяться принцип «нарастающей радикальности» в выборе метода хирургического лечения.

4. При наличии показаний, оснащенности клиники и квалификации нейрохирургов, МСД корешка тройничного нерва является методом выбора хирургического лечения.

Список опубликованных работ:

Журнальные статьи:

1. Кариев М.Х., Кариев Г.М., Мирзаев А.У., Тухтаев Н.Х. и др. Микрососудистая декомпрессия при невралгии тройничного нерва. // Неврология: научно-практический журнал, 2002-№3-С.4-6:

2. Мирзаев А.У. Микрососудистая декомпрессия V нерва при невралгии тройничного нерва. // Журнал теоретической и клинической медицины: спецвыпуск, 2002-№4-С.143-145.

3. Кариев М.Х., Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Современный подход к хирургическому лечению невралгии тройничного нерва. //Журнал теоретической и клинической медицины: спецвыпуск, 2004-№2-С.43-46.

4. Кариев Г.М., Мирзаев А.У., Тухтаев Н.Х. Микроваскулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва с эндоскопической ассистенцией. //Проблемы биологии и медицины: ежеквартальный международный научный журнал, 2006-№2-С.14-18.

Тезисы:

5. Кариев Г.М., Мирзаев А.У Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва. //Nevrologiy: научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клинической неврологии», посвященная 75-летию академика Маджидова Н.М.- Ташкент,2003-№3-4.С.160-161.

6. Кариев Г.М., Мирзаев А.У., Тухтаев Н.Х. Интракраниальная эндоскопическая хирургия в микрососудистой декомпрессии невралгий тройничного нерва. / Вестник врача общей практики: научно-практическая конференция по миниинвазивной нейрохирургии - Самарканд, 2003 - №4 - С. 105-106.

Методические рекомендации:

7. Кариев Г.М., Мирзаев А.У.,Тухтаев Н.Х. Микроваскулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва с эндоскопической ассистенцией.-Ташкент.-2006.-17с.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Мирзаев Алишер Умирзақович 14.00.28. – нейрохирургия ихтисослиги буйича « Уч шохли нерв невралгиясини дифференциал жаррохлик даволаш» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таян (энг мухим) сўзлар: уч шохли нерв невралгияси, жаррохлик даволаш услублари, ВАШ шкаласи, Мак-Гилл сўровномаси.

Тадқиқот объектлари: уч шохли нерв невралгияси билан 116 нафар бемор.

Ишнинг мақсади: Беморларнинг соматик хасталиklarини инобатга олган ҳолда, оптимал ва адекват услублар қўллаш билан уч шохли нерв невралгияси жаррохлик даволаш самардорлигини ошириш.

Тадқиқот усули: Компьютер томография, магнит резонанс томография, ВАШ шкаласи, Мак-Гилл сўровномаси.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Эришилган натижаларни таҳлил қилган ҳолда (беморларнинг ёши, жинси, касаллик давомийлиги, анамнезида ўтказилган жаррохлик муолижалари, хуружсиз даври, жаррохлик муолижаларидан аввал ва кейинги оғриқларга ВАШ шкаласи ва Мак Гилл сўровномасини қўллаш орқали) уч шохли нерв невралгиясини дифференциал жаррохлик даволаш тактикаси ишлаб чиқилди. Жаррохлик услубининг танлов алгоритми яратилди.

Амалий ахамияти:

Оғриқ синдромини баҳолаш, даволаш натижаларини объектив аниқлаш учун ВАШ шкаласи ва Мак Гилл қисқа сўровномаси қўлланилди. Уч шохли нерв невралгияси бўлган беморларда жаррохлик даволаш услублари “ўсиб борувчи радикаллик“ принципида қўлланилди. Кўрсатмалар мавжуд бўлганда, клиника жихозланганлиги ва жаррохларнинг малакаси етарли бўлганда уч шохли нерв невралгиясини даволашда МСД танлов услуги хисобланади.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги:

Жаррохлик услубини танлов алгоритми ва жаррохлик даволаш тактикаси Ўзбекистон Республикаси Нейрохирургия Илмий Марказида татбиқ қилинди.

Қўлланиш соҳаси: нейрожаррохлик.

Изланувчи:

Резюме

диссертации на тему «Дифференцированное хирургическое лечение невралгии тройничного нерва» по специальности нейрохирургия 14.00.28 соискателя научной степени кандидата медицинских наук

Мирзаева Алишера Умирзаковича.

Ключевые слова: Невралгия тройничного нерва, методы хирургического лечения, шкала ВАШ, опросник Мак-Гилл.

Объекты исследования: Результаты хирургического лечения 116 больных с невралгией тройничного нерва.

Цель работы: Улучшить результаты лечения больных с невралгией тройничного нерва за счет использования оптимального и адекватного метода хирургического лечения с учетом сопутствующих соматических заболеваний.

Метод исследования: Компьютерная томография, МРТ томография, визуально-аналоговая шкала, опросник Мак – Гилл.

Полученные результаты и их новизна: На основе проведенного анализа данных пролеченных больных (возраст, пол, длительность болезни, анамнестических данных о ранее проведенных методах лечения, результатов хирургического лечения: длительность безрецидивного периода; оценки болей до и после хирургических методов лечения и данных катамнеза используя шкалу ВАШ и опросник Мак-Гилл) выработана дифференцированная тактика подхода к выбору хирургического метода лечения невралгии тройничного нерва. Разработан алгоритм выбора метода лечения.

Практическая значимость.

Для оценки болевого синдрома, объективизации результатов лечения применены шкалы ВАШ и краткого опросника Мак-Гилл. Больным с диагнозом невралгия тройничного нерва должен применяться принцип «нарастающей радикальности» в выборе метода хирургического лечения. При наличии показаний, оснащенности клиники и квалификации нейрохирургов, МСД корешка тройничного нерва является методом выбора хирургического лечения.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Предложенный алгоритм выбора метода хирургического лечения и принципы хирургической тактики внедрены в клинике Научного Центра Нейрохирургии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан.

Область применения: нейрохирургия.

Соискатель:

The resume

Of dissertations on a theme « The Differentiated surgical treatment of a neuralgia of the trigeminal nerve » on a speciality neurosurgery 14.00.28 of competitors of the scientific rank of the candidate of medical sciences

Mirzaev Alisher Umirzakovich.

Key words: The neuralgia of the trigeminal nerve, methods of surgical treatment, a scale VAS, McGill Pain Questionnaire-MPQ.

Subjects of the inquiry: Results of the surgical treatments of 116 patients with a neuralgia of the trigeminal nerve.

Aim of the inquiry: To improve results of treatment of patients with a neuralgia of the trigeminal nerve due to use of the optimum and adequate method of the surgical treatment in view of accompanying somatic diseases.

Method of inquiry: The Computer tomography, MRT tomography, the visual - analog scale, McGill Pain Questionnaire-MPQ.

The results achieved and their novelty: On the basis of the lead analysis of the given treated patients (age, man's a female, duration of illness, the anamnestic data about the earlier carried out methods of treatment, results of the surgical treatment: duration of the anrecurrent period; estimations of pains before and after the surgical methods of treatment and the katanamnesis data using a scale VAS, and McGill Pain Questionnaire-MPQ) the differentiated tactics of approach to a choice of the surgical method of treatment of a neuralgia of the trigeminal nerve is produced. The algorithm of a choice of method of treatment is developed.

Practical value: For an estimation of the painful syndrome, objectivisation of the results of treatment scales VAS and the brief McGill Pain Questionnaire-MPQ are applied. By the patient with the diagnosis a neuralgia of the trigeminal nerve the principle of " the increasing radicalism » in a choice of method of the surgical treatment should be applied. At presence of indications, equipment of clinic and qualification of neurosurgeons, MVD of root of the trigeminal nerve is a method of a choice of the surgical treatment.

Degree of embed and economic effectivity: the offered algorithm of a choice of method of the surgical treatment and principles of the surgical tactics are introduced in clinic of the Republican Scientific Centre of Neurosurgery of Ministry of Public health services of Republic Uzbekistan.

Sphere of usage: neurosurgery.

The competitor: