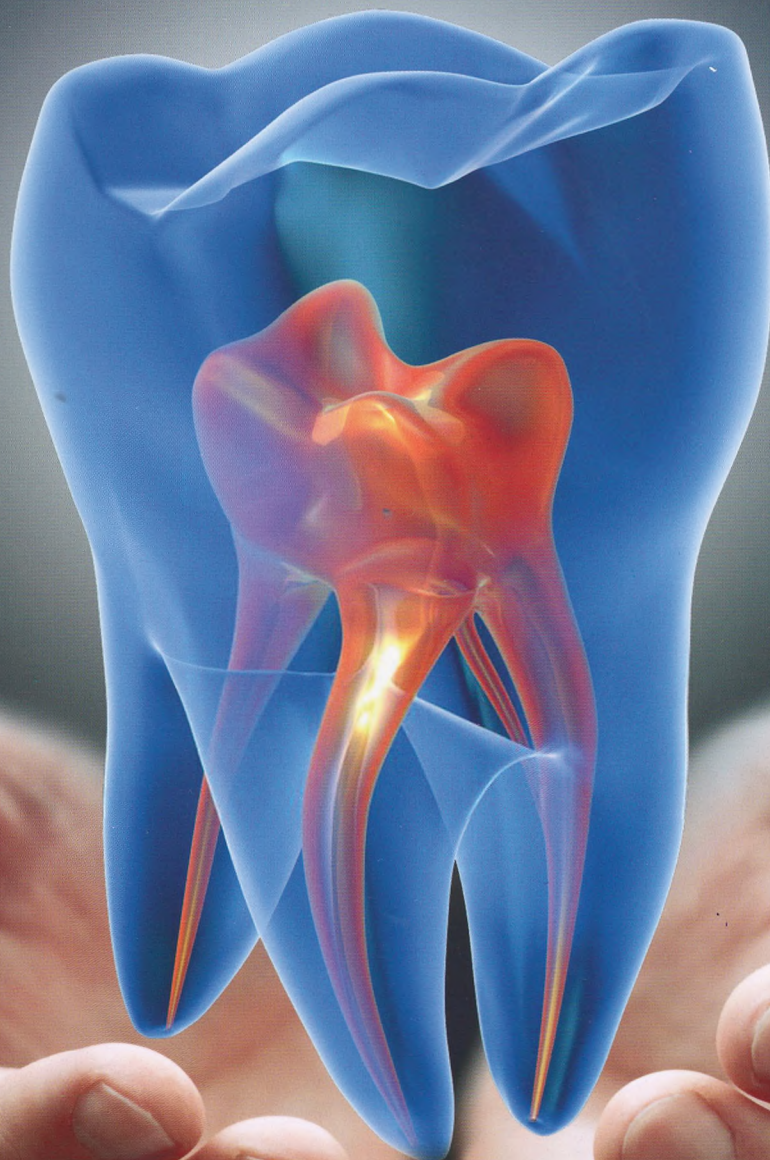




Использование ксеногенных тканей в реконструктивной хирургии органов полости рта

Тиш-жағ тизими аномалиялари патогенезида цитокинларнинг роли

Study of ultrastructural changes in the nerve fibers on an experimental model of acute trauma of inferior alveolar nerve



Апробация системы европейских индикаторов стоматологического здоровья у детей школьного возраста г. Баку <i>Зейналова Г.К., Алиева Р.К.</i>	Testing a system of European indicators of dental health in school-aged children in Baku <i>Zeynalova G.K., Alieva R.K.</i>	44
Болаларда матриксли металлопротеазаларнинг чакка-пастки жағ бўғими касалликлари патогенезидаги аҳамияти <i>Гаффаров С.А., Олимов С.Ш., Саидов А.А.</i>	Role of matrix metalloproteases in the pathogenesis of upper and lower jaw diseases in children <i>Gaffarov S.A., Olimov S.Sh., Saidov A.A.</i>	48
Особенности течения хронического катарального гингивита у школьников <i>Хамидов И.С.</i>	Features of the course of chronic catarrhal gingivitis in schoolchildren <i>Khamidov I.S.</i>	51
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	PROBLEMS OF RELATED SPECIALTIES	
Балогат ёшидаги кизларда сурункали тонзиллитни ташхислашда замонавий ёндашув <i>Карабаев Х.Э., Алимжонова К.Х.</i>	Modern approaches to the diagnosis of chronic tonsillitis in adolescent girls <i>Karabaev Kh.E., Alimjonova K.Kh.</i>	54
Компьютерно-томографическая оценка слуховой трубы у больных с хроническими средними отитами <i>Абдуллаева У.Б., Ходжибеков М.Х.</i>	Computed tomographic assessment of the auditory tube in patients with chronic otitis media <i>Abdullaeva U.B., Khodzhibekov M.Kh.</i>	56
Вариант формирования острой нейросенсорной тугоухости под влиянием акустической травмы <i>Арифов С.С., Маматова Т.Ш., Орифов С.С.</i>	A variant of the formation of acute neurosensory hearing loss under the influence of acoustic trauma <i>Arifov S.S., Mamatova T.Sh., Orifov S.S.</i>	59
Ультразвуковая диагностика срединных кистозных образований шеи <i>Юнусова Л.Р., Ходжибекова Ю.М.</i>	Ultrasound diagnosis of median cystic neoplasms <i>Yunusova L.R., Khodzhibekova Y.M.</i>	61
Оценка нейропротекторного эффекта комбинированной терапии у больных с первичной открытоугольной глаукомой (ПОГ) <i>Касимова М.С., Мадиримов И.Р.</i>	Evaluation of the neuroprotective effect of combination therapy in patients with primary open-angle glaucoma (OAG) <i>Kasimova M.S., Madirimov I.R.</i>	64
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	REVIEWS	
Использование костнопластических материалов для восстановления полостных дефектов челюстно-лицевых костей <i>Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С., Хабиров Б.Н.</i>	Use of osteoplastic materials to restore cavitary defects of the maxillofacial bones <i>Akbarov A.N., Ziyadullaeva N.S., Habilov B.N.</i>	67
Патофизиологические основы нарушений состояния пародонта при различных соматических заболеваниях <i>Бабаджанов Ж.Б., Шарипова П.А.</i>	Pathophysiological basis of periodontal disorders in various somatic diseases <i>Babadzhanov Zh.B., Sharipova P.A.</i>	72
Использование ксеногенных тканей в реконструктивной хирургии органов полости рта <i>Гасюк П.А., Краснокутский А.А., Воробец А.Б.</i>	Use of xenogenic tissues in reconstructive surgery of oral organs <i>Gasuk P.A., Krasnokutsky A.A., Vorobets A.B.</i>	76
Научные взгляды на этиопатогенез, лечение и профилактику некариозных поражений тканей зубов <i>Гаффаров С.А., Ахмедов А.Б.</i>	Scientific views on the etiopathogenesis, treatment and prevention of non-carious lesions of dental tissues <i>Gaffarov S.A., Akhmedov A.B.</i>	79
Качество жизни больных с невралгией тройничного нерва после микроваскулярной декомпрессии <i>Мирзаев А.У., Юлдошев О.Т.</i>	Features of prevention and treatment of dental caries in young children <i>Murtazaev S.S., Akhrorzhojaev N.Sh.</i>	83
Особенности профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста <i>Муртазаев С.С., Ахроржоджаев Н.Ш.</i>	Features of prevention and treatment of dental caries in young children <i>Murtazaev S.S., Akhrorzhojaev N.Sh.</i>	88
Современные аспекты диагностики нёбно-глоточной недостаточности у детей после уранопластики <i>Дусмухамедов М.З., Сайфиддинходжаева О.Ё., Дусмухамедов Д.М., Хакимова З.К.</i>	Modern aspects of the diagnosis of palatine and pharyngeal insufficiency in children after uranoplasty <i>Dusmukhamedov M.Z., Saifiddinodzhaeva O.Y., Dusmukhamedov D.M., Khakimova Z.K.</i>	92
ИНФОРМАЦИЯ	INFORMATION	
МУАЛИФЛАР ДИККАТИГА	К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ	98

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-5>
УДК: 616.833.15-009.7:089.874.5]-316.334

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПОСЛЕ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)



Мирзаев А.У., Юлдошев О.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии

Аннотация

Проанализированы методы исследования качества жизни пациентов с невралгией тройничного нерва. Представлены данные о хирургическом лечении методом микроваскулярной декомпрессии корешка нерва ретро-сигмовидным доступом, дано описание вопросников MOS SF-36, Европейского вопросника Качества Жизни EuroQol-5D и краткого вопросника боли McGill Pain Questionnaire, прошедших стандартную процедуру валидации.

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

Хулоса

Бу мақолада беморларда уч шохли нерв невралгияси микроваскуляр декомпрессия амалиёти самарадорлигини, турмуш сифати урганилган. Беморлар турмуш сифати, валидациядан утган MOS SF-36 суровномаси, EuroQol-5D Европа суровномаси ва McGill Pain Questionnaire, киска огрик суровномаси оркали урганилган.

Калит сузлар: невралгия, уч шохли нерв, хирургии доволаш, турмуш сифати.

Annotation

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

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

Невралгия тройничного нерва (HTH) – хроническое заболевание, которое проявляется приступами интенсивной, стреляющей боли в зонах иннервации тройничного нерва (ТН).

Международная Ассоциация по изучению боли (IASP, International Association for the Study of Pain) определяет HTH как синдром, характеризующийся внезапными, кратковременными, интенсивными и повторяющимися

болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей ТН, обычно с одной стороны лица [1]. Одну из распространенных и достаточно подробных классификаций лицевых болей, относящихся по МКБ-10 к головным болям, разработал А.М. Вейн (2001).

По данным Международной классификации головных болей, краниальных невралгий и лицевых болей (Raskin N.H., 1988), HTH – хроническое заболевание, характеризующееся кратковременными, стереотипными, чрезвычайно интенсивными болевыми пароксизмами, ограниченными зонами иннервации ТН и исходящими из триггерных зон.

В настоящее время выделяют два типа HTH – истинную (типичную, идиопатическую, эссенциальную) и симптоматическую (атипичную). По мере развития диагностических возможностей число так называемых идиопатических невралгий постепенно уменьшилось [1, 3, 5, 8, 10, 25, 26, 36].

HTH – одно из тяжелейших заболеваний, которое само по себе не представляет прямой опасности для жизни, но сопровождается такими физическими и эмоциональными страданиями, что делает существование больного невыносимым и может послужить причиной суицида [1, 5, 10, 18-21, 23, 26].

Невралгия тройничного нерва известна со времен Гипократа, однако подробное и систематическое описание ее впервые было дано J. Fothergill (1773-1776), поэтому до сих пор эта нозологическая форма называется болезнью Фозергилля [21]. Встречается она преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста, однако не менее чем в 30-35% случаев первые приступы невралгических болей развиваются в возрасте до 40 лет, а у лиц старше 70 лет начало заболевания отмечается лишь в 2-3% случаев. Женщины болеют чаще мужчин в соотношении 2:1. Правосторонняя локализация наблюдается в 65-68% случаев, левосторонняя – в 30-33%. Невралгия обоих ТН встречается весьма редко (1,5-2%). У 60% больных имеет место невралгия второй ветви (V2) тройничного нерва или одновременное поражение второй (V2) и третьей (V3) ветвей. Невралгия V3 ветви встречается у 24% от общего числу больных, поражение первой (V1) ветви, так же как и всех трех ветвей, наблюдается довольно редко, несколько чаще имеет место вовлечение V1 и V2 ветвей [3, 4, 14, 32, 35].

Распространенность заболевания достаточно велика и достигает 30-50 больных на 100 тыс. населения, а заболеваемость, по данным ВОЗ, находится в пределах 2-4 человек на 100 тыс. населения [2, 20, 21, 22].

Болевой синдром, обусловленный поражением ТН, занимает доминирующее место среди других невралгий. Боли в лице могут иметь место при заболеваниях, курацией которых занимаются врачи различных специальностей: стоматологи и челюстно-лицевые хирурги, неврологи и нейрохирурги, офтальмологи и отоларингологи, а также психотерапевты и психиатры.

Патологические процессы, способствующие HTH, самые разнообразные и связаны с явлениями компрессии чувствительного корешка ТН артериальными сосудами, венами, рубцовыми изменениями, демиелинизирующими заболеваниями.

В формировании клинического симптомокомплекса HTH принимают участие не только его периферические, но и центральные образования: ядерный комплекс ствола головного мозга, а также корково-подкорковые структуры.

Рассматривая систему ТН как трехнейронную цепь проводников сенсорной информации от периферических рецепторов до сенсомоторной коры, следует отметить уникальность ее строения. Она заключается, во-первых, в рецепторном аппарате, превосходящем по плотности расположения другие рецепторные зоны человеческого тела. Уникальным является также многообразие иннервируемых зон: мозговые оболочки, пазухи, зубочелюстной аппарат, кожа лица, слизистые носа и полости рта, конъюнктивы глазных яблок. Рассматриваемая структура обладает самым большим в нервной системе периферическим нервным узлом и высокоспециализированной системой ядер в стволе мозга. Все эти особенности и обеспечивают своеобразие деятельности нервной системы ТН как в норме, так и при различных патологических состояниях [6, 14, 15, 20].

В начале XX века J.A. Sicard выдвинул гипотезу, согласно которой НТН может быть обусловлена сужением костных каналов, в которых проходят соответствующие ветви ТН. Основанием служили такие косвенные данные, как преобладание правосторонней невралгии и поражения V2 и V3 ветвей, проходящих через узкие и длинные каналы. Получить доказательства правильности подобной точки зрения и перевести ее, таким образом, из раздела гипотезы в обоснованную концепцию позволила рентгеномография подглазничного канала. Удельный вес выявленного сужения подглазничного канала оказался достаточно высоким – почти у трети пациентов с НТН. Это дало основание утверждать, что сужение подглазничного канала является одной из основных причин невралгии V2 ветви ТН. Результаты хирургических вмешательств на периферических ветвях ТН не только подтвердили данные рентгеномографических исследований, но и дополнили их свидетельством в пользу сужения выходных отверстий нерва на лице, что является одной из причин НТН.

Сужение костных каналов и выходных отверстий V2 и V3 ветвей ТН может быть как врожденным, так и быть связанным с приобретенными изменениями вследствие гиперостоза и дистрофических процессов в костной ткани, которые можно рассматривать как реактивные изменения в ответ на местные воспалительные процессы, чаще одонтогенные и риногенные. Эти данные были подтверждены ортопантомографией лицевого скелета, при этом примерно у 30% больных был обнаружен стеноз канала нижней челюсти на стороне НТН [14, 15, 22].

Туннельный механизм возникновения НТН наблюдается и при отсутствии узости подглазничного и нижнечелюстного каналов, так как он может быть обусловлен отеком ТН и периневральных тканей, вызываемым как местной аллергической реакцией в ответ на переохлаждение лица, так и патологическими процессами в околоносовых пазухах и зубочелюстной системе.

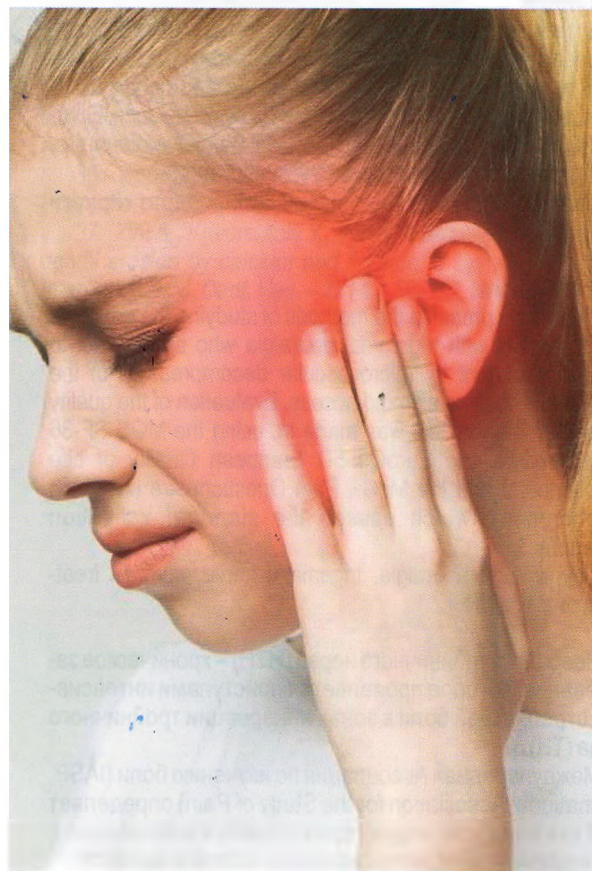
В начале XX века W.E. Dandy (1934), основываясь на опыте хирургического лечения 215 больных с НТН, установил, что в 60% случаев причиной этого заболевания является компрессия корешка ТН различными структурами и патологическими образованиями в области задней черепной ямки (позвоночная артерия, верхняя каменистая вена, аневризма основной артерии, кавернозная ангиома и опухоль задней черепной ямки).

Сосудистые образования головного мозга, находясь в тесном взаимоотношении с черепными нервами, могут вызывать симптоматику, сопряженную с выполняемыми

ими специфическими функциями [29, 30]. Эти патологические состояния в литературе описываются как нейроваскулярные конфликты (от лат. *conflictus* – столкновение).

Американский нейрохирург W. Gardner в 1959 г. предложил сосудистую декомпрессию при лечении тригеминальной невралгии, которая впервые под контролем операционного микроскопа была выполнена Р. Janetta в 1967 году. Р. Janetta предложил также установку проектора между нервом и петлей сосуда, вызывающего конфликт, а позднее эту концепцию плодотворно развил. Его усилиями и разработками достоверно установлено, что одной из основных причин НТН является нейроваскулярный конфликт (НВК) между петлей артериального сосуда (чаще всего верхней мозжечковой артерии) и чувствительным корешком ТН у места входа его в ствол мозга. В нейрохирургическом отделении Питтсбургского университета под руководством Р. J. Janetta была детально разработана хирургическая методика микровазкулярной декомпрессии (МВД), которая нашла широкое распространение во всем мире. Микровазкулярная декомпрессия вызывает интерес многих нейрохирургов. Метод имеет ряд серьезных преимуществ перед другими способами лечения невралгии, такими как консервативное, лучевые методы, высокочастотная ризотомия при НТН и др. По данным многих авторов, является радикальным, а иногда и единственным методом лечения [2, 3, 5, 6, 7, 9, 16, 22, 24, 25, 27-30, 33, 34].

Сужение костных каналов и выходных отверстий V2 и V3 ветвей ТН может быть как врожденным, так и быть связанным с приобретенными изменениями вследствие



гиперостоза и дистрофических процессов в костной ткани, которые можно рассматривать как реактивные изменения в ответ на местные воспалительные процессы, чаще одонтогенные и риногенные. Эти данные были подтверждены ортопантомографией лицевого скелета, при этом примерно у 30% больных был обнаружен стеноз канала нижней челюсти на стороне НТН [14, 15, 22].

Туннельный механизм возникновения НТН наблюдается и при отсутствии узости подглазничного и нижнечелюстного каналов, так как он может быть обусловлен отеком ТН и периневральных тканей, вызываемым как местной аллергической реакцией в ответ на переохлаждение лица, так и патологическими процессами в околоносовых пазухах и зубочелюстной системе.

В начале XX века W.E. Dandy (1934), основываясь на опыте хирургического лечения 215 больных с НТН, установил, что в 60% случаев причиной этого заболевания является компрессия корешка ТН различными структурами и патологическими образованиями в области задней черепной ямки (позвоночная артерия, верхняя каменистая вена, аневризма основной артерии, кавернозная ангиома и опухоль задней черепной ямки).

Сосудистые образования головного мозга, находясь в тесном взаимоотношении с черепными нервами, могут вызывать симптоматику, сопряженную с выполняемыми ими специфическими функциями [29, 30]. Эти патологические состояния в литературе описываются как нейроваскулярные конфликты (от лат. *conflictus* – столкновение).

Американский нейрохирург W. Gardner в 1959 г. предложил сосудистую декомпрессию при лечении тригеминальной невралгии, которая впервые под контролем операционного микроскопа была выполнена Р. Janetta в 1967 году. Р. Janetta предложил также установку проектора между нервом и петлей сосуда, вызывающего конфликт, а позднее эту концепцию плодотворно развил. Его усилиями и разработками достоверно установлено, что одной из основных причин НТН является нейроваскулярный конфликт (НВК) между петлей артериального сосуда (чаще всего верхней мозжечковой артерии) и чувствительным корешком ТН у места входа его в ствол мозга. В нейрохирургическом отделении Питтсбургского университета под руководством Р. J. Janetta была детально разработана хирургическая методика микроваскулярной декомпрессии (МВД), которая нашла широкое распространение во всем мире. Микроваскулярная декомпрессия вызывает интерес многих нейрохирургов. Метод имеет ряд серьезных преимуществ перед другими способами лечения невралгии, такими как консервативное, лучевые методы, высокочастотная ризотомия при НТН и др. По данным многих авторов, является радикальным, а иногда и единственным методом лечения [2, 3, 5, 6, 7, 9, 16, 22, 24, 25, 27-30, 33, 34].

Ряд авторов считают, что наиболее достоверными клиническими признаками компрессионной интракраниальной НТН являются интенсивный пароксизмальный характер боли с односторонней локализацией ее только в зоне иннервации ТН, провокация триггерными факторами и положительный эффект при приеме препаратов карбамазепинового ряда [1, 5, 14, 17-21, 22, 33].

Не вызывает сомнений значимость сосудистой патологии в системе этиопатогенетических факторов тригеминальной невралгии.

Диагностика. Проблему верификации патологичес-

ких изменений ТН и окружающих его анатомических структур позволяют с большой достоверностью решить современные методы лучевого исследования, особенно МРТ с использованием специальных протоколов.

Метод мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в настоящее время не нашел должного места в алгоритме диагностики НТН, хотя, несомненно, патология придаточных пазух носа, зубочелюстной системы, а также костных каналов и выходных отверстий периферических ветвей тройничного нерва заслуживает прицельного исследования.

Комплексное изучение с помощью современных методов нейровизуализации, включающих МРТ головного мозга с контрастным усилением, магнитно-резонансная ангиография (МРА) церебральных сосудов и их взаимоотношение со структурами тройничного нерва, а также МСКТ лицевого скелета у пациентов с тригеминальной невралгией не были предприняты, и алгоритм лучевого обследования при этой патологии окончательно не разработан.

Лечение. Основу лечения НТН составляет лекарственная терапия. Наиболее эффективна группа противоэpileптических препаратов карбамазепинового ряда (финлепсин, тегретол, карбамазепин, окскарбазепин) и феноитоин. Однако со временем эффективность препаратов снижается, и возможно развитие побочных эффектов в виде сонливости, двоения в глазах, головокружения и тошноты. В некоторых случаях приносит облегчение баклофен, эффективность которого возрастает при совместном назначении с противосудорожными препаратами [1, 4, 8, 14, 17, 18, 26].

При неэффективности консервативного лечения и развитии фармакорезистентных форм НТН возникает вопрос о целесообразности хирургического лечения.

По мнению Ю.А. Шулева и соавт. (2016), наиболее полно критериям идеальной хирургической процедуры при лечении классической НТН отвечает микроваскулярная декомпрессия, а распространение опыта ее применения эффективно и безопасно только при строгом соблюдении принципов предоперационного планирования и технологии хирургического вмешательства.

Следует подчеркнуть, что до сих пор не существует единой точки зрения на объем и характер хирургического вмешательства при МВД [3, 6-9, 13, 16, 26, 30, 31, 35, 36]. При выборе метода следует учитывать возраст и физические кондиции пациента, данные специальных протоколов МРТ-исследования и отношение самого пациента к выбранной процедуре.

Анализ литературы позволяет сделать следующее заключение. Проблема НТН на протяжении последних 20-30 лет интенсивно изучалась патофизиологами, неврологами и нейрохирургами. Предложенные к настоящему времени многочисленные способы консервативного и хирургического лечения невралгии тройничного нерва отражают постоянный поиск фармакологами, неврологами и нейрохирургами оптимальных вариантов решения вопроса. Наряду с открытыми хирургическими пособиями, успешно разработаны малотравматичные пункционные и радиохирургические операции. Результаты комплексного лечения многочисленного контингента больных с этим заболеванием не удовлетворяют ни практических врачей, ни самих пациентов. До сих пор значительный удельный вес занимают фармакорезистентные формы НТН, а высокая эффективность исходов незначительно превышает

средние цифры спонтанной ремиссии.

Качество жизни. В течение последних десяти лет в мире часто используется термин «качество жизни» (КЖ).

Рассматривая человека в целом, показатель КЖ стал неотъемлемой частью. В последнее время понятие КЖ, изначально являвшееся социологическим понятием, все чаще используется в медицине. В настоящее время в медицине хорошим состоянием здоровья человека принято считать результат медицинской помощи, вследствие удовлетворения потребностей индивидуума, его адаптации в физической, психологической и социальной сферах [11, 12].

Определение здоровья, данное ВОЗ в 1948 году, и шкала Карновского, оценивающая общее состояние больного, способствовали введению понятия КЖ. Изначально термин КЖ в медицине стали употреблять онкологи для изучения эффективности и отрицательного воздействия химиопрепаратов при лечении злокачественных новообразований. Общепринятого определения КЖ нет. Некоторые авторы дают определение КЖ как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни» [11, 12].

За рубежом в начале 80-х годов впервые появились публикации, в которых упоминалось использование показателей КЖ в оценке результатов лечения.

КЖ – это широкое и объемное определение. Для того, чтобы указать актуальность медицинского характера, J.W. Bush и R.M. Kaplan в 1982 году предложили термин – «health related quality of life», или HRQoL (связанное со здоровьем КЖ).

Во Франции в 1995 году создана организация, изучающая КЖ: институт MAPI (MAPI Research Institute). Институт занимается поддержкой и продвижением учебных заведений, фармакологических компаний, крупных ученых, международных организаций (ВОЗ, ЕЭС), занимающихся изучением КЖ [11, 12].

Согласно определению ВОЗ, качество жизни – это соотношение целей, планов, возможностей, положения в жизни общества человека со степенью его общего неустойства. Данное понятие характеризует состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков [11, 12, 26].

Экспертами Межнационального центра исследования качества жизни была разработана концепция изучения КЖ в медицине, согласно которой определяющим компонентом качества жизни является здоровье. При определенных генетических данных каждого конкретного человека и условиях окружающей среды рассматривается адекватная жизнедеятельность (функционирование), степень или качество организма человека. Совокупная характеристика основана на субъективном восприятии человеком его социального, физического, психологического и эмоционального состояния [11, 12, 17-19].

В понятии КЖ есть две основные особенности: многомерность и субъективный характер оценки состояния, что в большой степени основано на объективных показателях [11, 12]. Измерение КЖ является вторым (после метода Каплана – Майера – по выживаемости) методом определения эффективности лечения [12].

Популяционные исследования КЖ основаны на общих принципах изучения КЖ в соответствии с разработанными протоколами исследований. Основу протокола сос-

тавляют вопросники КЖ. В настоящее время существует множество методик, позволяющих проводить оценку качества жизни, связанную со здоровьем, как у отдельных групп, так и в популяции в целом [11, 12].

Структура вопросника должна соответствовать цели исследования и позволять составить полную и объективную картину состояния человека. Различают общие и специальные вопросники. Общие вопросники позволяют сравнивать КЖ между группами людей, проводить популяционные исследования, оценивать меры социальной адаптации, проводимые лечебные и оздоровительные мероприятия, т. е. используются в широком диапазоне областей. Специфические вопросники ориентированы на проблемы, связанные с определенными заболеваниями [11, 12].

В клинической медицине показатель КЖ входит в стандарты обследования и лечения больных. С помощью КЖ осуществляют индивидуальный мониторинг в процессе лечения больного, оценивают эффективность терапии и прогноз заболевания [11, 12].

Для сравнения полученных результатов в разных группах больных, в разных выборках, независимо от географических и культурных барьеров, для оценки любого заболевания или лечения необходимы стандартизированные методики оценки КЖ [11, 12].

Идеальная шкала отвечать следующим критериям:

а) иметь одинаковую применимость к любому патологическому процессу или исходу;
б) иметь равную применимость при всех стадиях патологического процесса и при инвалидности любой степени;

в) независимо от географических, языковых и культурных границ иметь доказанную достоверность и высокий уровень воспроизводимости у различных групп.

Из-за увеличения интереса к КЖ все заметнее выявляются ошибки, которые допускают исследователи при изучении КЖ. Часто наблюдается ситуация, когда в качестве индикатора уровня КЖ используется функциональный статус пациента. При этом ВОЗ рекомендует определять «функциональный статус» как способность индивидуума в данное время выполнять задания или функции, которые имеют фактический результат. Но при этом не учитывают такие понятия как уровень его независимости и общественное положение, эмоциональное состояние, личные убеждения. Следовательно, функциональный аспект выступает как один из критериев более обширного понятия – КЖ.

Еще одной распространенной ошибкой является рассмотрение КЖ пациента как аспекта степени тяжести заболевания. Важно осознавать, что КЖ оценивает не качество жизни, а то, как пациент переносит свой недуг. Так, при длительно текущей болезни некоторые из больных перестают обращать внимание на свое состояние, привыкая к нему. Зарегистрировав повышение КЖ у них, мы не будем наблюдать регрессию болезни.

Ряд исследователей пытались подкрепить субъективное мнение пациентов объективными оценками [11, 12]. Однако между показателями КЖ, оцененными самими пациентами и его окружением, например, родственниками и врачом, установлены значительные несоответствия. Близкие пациенту люди обыкновенно представляют гипертрофированную картину общего состояния пациента, что обусловлено обострением чувства опасности. У медицинских работников, напротив, представление о качестве

жизни пациента более высокое.

КЖ — это объективный показатель субъективности. Внимание исследователей при изучении этого понятия должно быть направлено на оценку всех критериев, составляющих КЖ, а не на определение самого понятия и постановку выводов на одном единственном показателе.

Инструментами, определяющими КЖ, в основном являются вопросники, содержащие вопросы, на которые больной должен дать один конкретный ответ. В настоящее время для оценки КЖ применяется более 60 вопросников. Существуют общие вопросники, направленные на оценку здоровья населения в целом, и специальные — для конкретных патологических состояний. Объективность общих вопросников установлена для различных заболеваний. Это является их преимуществом и позволяет проводить оценку влияния различных медицинских программ на КЖ всей популяции или отдельных субъектов. К недостаткам следует отнести неадекватную чувствительность к изменению состояния здоровья в рамках отдельно взятой патологии [11, 12].

Специальные вопросники рассчитаны на конкретную нозологию и ее течение, это позволяет уловить изменения КЖ пациентов в короткий промежуток времени, в среднем 2-4 недели.

Специальные вопросники применяются также для оценки эффективности конкретного метода ведения больного с данным патологическим состоянием. В некоторых случаях имеются данные, которые наиболее полно отражают КЖ при конкретной нозологии [11, 12].

Для изучения результатов лечения в настоящее время используется как специальные вопросники по КЖ, так и вопросники общего назначения. Учитывая тот факт, что в Узбекистане идет процесс разработки национальных методик оценки КЖ, вопрос адаптации международных вопросников для использования в Узбекистане приобретает особую остроту.

Процесс адаптации вопросников сложен и подразумевает сотрудничество переводчиков, медицинских работников, психологов, с одной стороны, и авторов оригиналов, с другой. Тем не менее, существуют вопросники общего назначения, переведенные и рекомендуемые для использования [11, 12].

Таким образом, обзор литературы показывает, что невралгия тройничного нерва остается нерешенной проблемой. В настоящее время лучше исследованы непосредственные результаты лечения, однако качество жизни таких пациентов нуждается в дальнейшем изучении.

Список литературы

1. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е., Хохлова Т.Ю., Жихорева И.А. Особенности болевого синдрома у пациентов с невралгией тройничного нерва // *Вертеброневрология*. — 2008. — №1-2. — С. 57.
2. Алексеев В.В., Лихачев С.А., Шанько Ю.Г., Змачинская О.Л. Современные подходы к лечению невралгии тройничного нерва // *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. — 2016. — №3. — С. 308-317.
3. Алексеев В.В., Шанько Ю.Г., Лихачев С.А. Хирургическое лечение идиопатической невралгии тройничного нерва методом микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва // *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. — 2017. — №1. — С. 43-50.
4. Алексеев В.В., Шанько Ю.Г., Лихачев С.А. Хирургическое лечение прозопагии методом высокочастотной ризотомии тройничного нерва // *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. — 2017. — №1. — С. 51-56.
5. Арутюнов С.А., Боднева С.Л. Этиопатогенетические факторы невралгии тройничного нерва (обзор) // *Клин. неврол.* — 2012. — №1. — С. 53-55.
6. Балязин В.А., Балязина Е.В. Пути уменьшения осложнений и рецидивов после микроваскулярной декомпрессии у больных с тригеминальной невралгией // *Вопр. нейрохир.* — 2003. — Т. 2. — С. 6-7.
7. Балязин В.А., Балязина Е.В. Особенности микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва при лечении тригеминальной невралгии // *Рос. стоматол. журн.* — 2001. — Т. 1. — С. 4-7.
8. Балязин В.А., Балязина Е.В. Современные подходы к хирургическому лечению классической невралгии тройничного нерва // *Клин. и экпер. хирургия: Журн. им. акад. Б.В. Петровского*. — 2016. — №3. — С. 89-96.
9. Малыгин В.Н., Женило В.М., Мартынов Д.В. Сравнительная характеристика течения послеоперационного периода после микроваскулярных декомпрессий корешка тройничного нерва с возмещением потерянного ликвора и без него // *Фундамент. исследования*. — 2009. — №4. — С. 62-65.
10. Мегдятьев Р.С. Невралгия тройничного нерва. — М.: Медицина, 1999. — С. 142-144.
11. Николаев Е.Л. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // *Вестн. Чувашского ун-та*. — 2014. — №2. — С. 310-315.
12. Новик А.А., Ионов Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — 3-е изд., перераб. и доп.; Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. — М.: РАЕН, 2012. — 528 с.
13. Рзаев Д.А., Куликова Е.В., Мойсак Г.И. и др. Тетраон-гранулема после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва у больной с рекуррентной тригеминальной невралгией // *Вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко*. — 2016. — №2. — С. 78-83.
14. Сапон Н.А. Преимущества и недостатки чрескожной ретрогассеральной криоризотомии, как миниинвазивного метода лечения невралгий тройничного нерва // *Украинский. нейрохир. журн.* — 2001. — Т. 2. — С. 39-40.
15. Сапон Н.А., Ломако Л.А., Морозов А.Н. Ретрогассеральная криоризотомия в лечении невралгий тройничного нерва // *Украинский нейрохир. журн.* — 2001. — Т. 2. — С. 137.
16. Смоланка В.И. Микроваскулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва: показания, техника и результаты // *Украинский нейрохир. журн.* — 2001. — Т. 2. — С. 140.
17. Унтевский В.Г., Саркисов Г.А., Саркисов А.Я. Методы оценки психоэмоционального состояния пациента при невралгии тройничного нерва // *Международ. студ. науч. вестн.* — 2016. — №4-1. — С. 124-125.
18. Хатуяева А.А., Ивенский Н.И., Ивенский В.Н., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная регуляция и психосоматика у пациентов с тригеминальной невралгией // *Клин. неврол.* — 2016. — №3. — С. 11-16.
19. Шулев Ю.А., Гордиенко К.С., Трашин А.В. и др. Венозная компрессия как причина невралгии тройничного нерва // *Вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко*. —

2016. – №4. – С. 21-30.

20. Щедренок В.В., Топольскова Н.В., Мозучая О.В., Себелев К.И. Алгоритм диагностики невралгии тройничного нерва // Рос. нейрохир. журн им. проф. А.Л. Поленова. – 2011. – №4. – С. 31-36.

21. <http://neuro-rostov.ru/mikronejrohirurgija-nevralgii-trojnichnogo-nerva/> - Интернет сайт многопрофильной Ростовской клинической больницы Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр».

22. Baliazin V.A., Baliagina E.V., Aksenov D.P. Computed Tomography in the Diagnosis of Classical Trigeminal Neuralgia // J. Comput. Assist. Tomogr. – 2017. – Vol. 41, №4. – P. 521-527.

23. Bick S.K.B., Eskandar E.N. Surgical Treatment of Trigeminal Neuralgia // Neurosurg. Clin. North Amer. – 2017. – Vol. 28, №3. – P. 429-438.

24. Hai J., Li S.T., Pan Q.G. Treatment of atypical trigeminal neuralgia with microvascular decompression // Neurol. India. – 2006 – Vol. 54, №1. – P. 53-56.

25. Health promotion glossary. WHO. – Geneva, 1998. – P. 17 [Электронный ресурс]. – URL: www.who.int/healthpromotion/about/HPR_20Glossary_201998.pdf (дата обращения: 20.11.2014).

26. Hinteregger M., Zschiegner F., Lirk P. et al. A new guidance device facilitates percutaneous puncture of the foramen ovale in human cadavers // Canad. J. Anaesth. – 2004. – Vol. 51, №10. – P. 990-992.

27. Jannetta P.J. Cranial rhizopathy // Current therapy in neurological surgery. – Toronto: Philadelphia D.M. Long. – B C.Decker Inc.; Saint Louis; Toronto; London: C.V. Mosby company, 1985. – P. 235-238.

28. Jannetta P.J. Microvascular decompression in trigeminal neuralgia and hemifacial spasm // Neurological surgery of the ear and skull base. – D.E. Brackmann. – N. Y.: Raven Press, 1982. – P. 49-55.

29. Jannetta P.J. Vascular decompression in trigeminal neuralgia // The cranial nerves; M. Samii, P.J. Jannetta. – Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag, 1981. – P. 331-341.

30. Jannetta P.J., McLaughlin M.R., Casey K.F. Technique of microvascular decompression. Technical note // Neurosurg. Focus. – 2005 – Vol. 18, №5. – P. 5.

31. Jannetta P.J., McLaughlin M.R., Casey K.F. Technique of microvascular decompression. Technical note // Neurosurg. Focus. – 2005. – Vol. 18, №5. – P. 5.

32. Kato K., Ujii H., Nakano H. et al. Application of Ion-beam Implanted Expanded Polytetrafluoroethylene to Microvascular Decompression and the Surgical Outcome // Neurol. Med. Chir. (Tokyo). – 2017. – Vol. 57, №11. – P. 601-606.

33. Kemeny A.A. Long-term outcomes of microvascular decompression and Gamma Knife surgery for trigeminal neuralgia: a retrospective comparison study // Acta Neurochir (Wien). – 2017. – Vol. 59, №11. – P. 2137.

34. Kondo A. Do's and Don'ts in Microvascular Decompression Surgery // Proceedings of 5th Meeting of The Society for Microvascular Decompression Surgery. – Japan, 2002. – P. 91-94.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-6>
УДК: 616.314-002-053.4-08-084

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)



Муртазаев С.С., Ахроржоджаев Н.Ш.

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Аннотация

Анализ данных литературы показал, что кариес зубов у детей раннего возраста является мультифакторной социально значимой проблемой здравоохранения, решение которой выходит за рамки отдельного стоматологического кабинета. В уменьшении распространённости этого заболевания важную роль играют не только стоматологи, но и врачи смежных профилей и другие специалисты: диетологи и фармацевты, педагоги и психологи, экономисты и политики, заинтересованные в будущем здоровье детей и здоровье нации в целом и, прежде всего, родители, прививающие детям навыки гигиены полости рта, регулярно приводящие ребёнка на профилактический осмотр к стоматологу. Только совместными усилиями на базе единой государственной социальной профилактической программы можно снизить риск развития и заболеваемость кариесом, обеспечив детям красивую улыбку, здоровье и достойное качество жизни.

Ключевые слова: дети, заболеваемость кариесом, профилактика, качество жизни.

Annotation

The presented review reviews the latest epidemiological data on the state of caries injury in young children, the main regional and social risk factors and methods for conducting preventive measures in various regions and countries. The experience of conducting hygiene lessons for the prevention of caries is presented in an interesting way.

Key words: early children's dental caries, risk factors, prevention.

Всемирная организация здравоохранения в 2017 году подготовила и опубликовала online-заключение совещания, проведенного под её эгидой о необходимости внедрения и реализации мер первичной, вторичной и третичной профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста системой здравоохранения во всех странах мира. В связи с ранним дебютом кариеса у детей и доказанной социальной значимостью предложен специальный термин «Early Childhood Caries» (ЕСС) – ранний детский кариес (РДК), характеризующийся наличием одной или более кариозной полости,