

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ БОЛЕЙ ЛИЦА

¹Посохов Н. Ф., доцент

²Цымбалик В. И., академик НАМНУ, профессор

³Супрун Э. В., профессор

¹Украина, Харьков, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», заведующий отделом функциональной нейрохирургии с группой патоморфологии

²Украина, Киев, ГУ «Институт нейрохирургии имени академика А. П. Ромоданова АМН Украины», руководитель отдела восстановительной и функциональной нейрохирургии

³Украина, Харьков, Национальный фармацевтический университет МОЗ, профессор кафедры общей фармации и безопасности лекарств

DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30122018/6267

ARTICLE INFO

Received: 05 October 2018

Accepted: 21 December 2018

Published: 30 December 2018

KEYWORDS

Prosopalgia,
facial pain,
trigeminal neuralgia,
atypical prosopalgia.

ABSTRACT

Based on the review of the literature and our own research deals with modern problems of neurosurgical treatment of drug-resistant pain face (prosopalgia). We investigated 1191 patients with somatogenic typical prosopalgia (mean patient age 33,57 years) with different stages of the pain syndrome intensive, age range 28 – 53 years.

It was shown that patients with typical prosopalgia with the most severe pain syndrome with increasing duration of the disease increases and the percentage of drug-resistant forms. Tactics of treatment, indications, contraindications to the use of differentiated various surgical techniques are defined enough. The biggest problems arise in the treatment of patients with atypical drug-resistant prosopalgia.

Citation: Посохов Н. Ф., Цымбалик В. И., Супрун Э. В. (2018) Sravnitel'nyi Analiz Rezultatov Neirohirurgicheskogo Lecheniya Farmakorezistentnih Bolei Lica. *World Science*. 12(40), Vol.1. doi: 10.31435/rsglobal_ws/30122018/6267

Copyright: © 2018 Посохов Н. Ф., Цымбалик В. И., Супрун Э. В. This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Введение. В клинической практике неврологов и нейрохирургов одной из наиболее распространенных жалоб от больных является жалоба на лицевую боль (ЛБ) – прозопалгия, которая занимает ведущее место среди нейрогенных острых и хронических болевых синдромов и характеризуются, как правило, длительным клиническим течением и выразительностью болевого синдрома, неврологическим полиморфизмом и во многих случаях резистентной к консервативному лечению [3,14].

Согласно эпидемиологическим данным зарубежных исследователей распространенность лицевых болевых синдромов (БС) составляет около 100-200 на 100 000 населения, от лицевых болевых синдромов различной локализации страдает больше трети украинского населения [1,5]. Прозопалгии имеют важное медико-социальное и клиническое значение, где несмотря на большое количество работ отечественных и зарубежных исследователей в этой области, многие вопросы диагностики и патогенеза формирования болевых лицевых расстройств остаются не до конца изученными и требуют на дальнейшее совершенное исследования [13,19].

Современная нейрохирургия имеет ряд эффективных методов и технологий, которые позволяют бороться с различными видами прозопалгий хирургическим путем [4,10]. Каждый из методов имеет определенные недостатки и преимущества и требует уточнения показаний к его

использованию для достижения хороших результатов [17,18]. Несмотря на многочисленные работы, посвященные хирургическим методам лечения, отсутствуют проспективные рандомизированные исследования для многих видов нейропатической боли в области лица, в связи с чем в настоящее время нет веских доказательств, что одна процедура будет более предпочтительной или успешной для определенной нозологии [11,20]. Основной целью хирургического лечения ЛБ является купирование болевого синдрома после операции при отсутствии или минимальных неврологических выпадениях, сохранение анатомической целостности нервных структур, которое наряду с этим будет иметь низкий риск рецидива БС [4,15].

Алгоритмы, предложенные некоторыми авторами для выбора оптимального метода лечения, и существующие подходы в лечении больных с ЛБ в настоящее время апробированы на небольших выборках, их эффективность не была оценена и доказана на большом материале.

Таким образом, отсутствие в настоящее время практического алгоритма оказания помощи с доказанной эффективностью больным с фармакорезистентной ЛБ влечет за собой снижение возможности получения полноценной помощи и необходимых медицинских услуг этой группе пациентов [9,10]. Поэтому существует необходимость создания всеобъемлющего алгоритма, который позволит осуществить мультидисциплинарный подход к лечению ЛБ. Разработка такого алгоритма возможна только после детального системного анализа результатов проведенного в этом исследовании лечения больных с прозопалгиями с использованием малоинвазивных технологий и микронейрохирургических методик.

Боль в области лица (прозопалгии) развивается при поражении различных нервных образований, иннервирующие лицо: тройничного, языкоглоточного, блуждающего нервов, шейных симпатических узлов, перивазальных симпатических сплетений сонных артерий и их ветвей, крылонебного, цилиарного, ушного, коленчатого узлов, а также верхнечелюстного и нижнечелюстного нервных сплетений [2,16]. Кроме того, ЛБ развиваются при поражении центральных болепроводящих путей на уровне ствола мозга, подкорковых узлов, надсегментарных вегетативных центров и других образований вплоть до коры головного мозга [1,8].

Накопление научного и практического опыта в изучении прозопалгий способствовало разработке и усовершенствованию многочисленных классификаций ЛБ, которые были предложены учеными в разные этапы развития учения о прозопалгии [3,12]. Классификации прозопалгий включают две основные группы, связанные с поражением соматических и нейрогенных образований: I) соматические (офтальмогенные, оториногенные, одонтогенные и при поражении кожи, слизистых, десен, артрогенные, миогенные, при заболеваниях внутренних органов) и типичные прозопалгии – прозопалгии, обусловленные поражением тройничного нерва и прозопалгии, обусловленные поражением других черепных нервов, чаще всего других встречаются невралгия языкоглоточного нерва и невралгия верхнегортанного нерва, также существует группа II) неврогенные прозопалгии, а также атипичные формы. Но все известные классификации или слишком упрощены, или слишком детализированы, громоздки и неудобны для практического использования, так как не определяют в достаточной степени тактику лечения. Поэтому актуальной задачей является создание новой классификации, которая бы в полной мере удовлетворяла интересы неврологов и нейрохирургов.

Результаты исследования. Нами предложен вариант классификации наиболее распространенных прозопалгий, основанной на клинко-анатомическом принципе (Классификация апробирована более чем на 1000 клинических наблюдениях) [6,7]. На основании комплексного клинического обследования все больные были разделены на четыре группы согласно оригинальной разработанной классификации: I – с типичными ЛБ (невралгии тройничного, языкоглоточного, затылочного и верхнегортанного нервов), II – с атипичными ЛБ с преимущественным поражением чувствительных нервов (нейропатии тройничного, языкоглоточного, затылочного и верхнегортанного нервов, ганглионит (ганглиопатия) крылонебного и коленчатого узлов). К III группе были отнесены больные с поражением симпатических нервных образований, в IV – с поражением парасимпатических узлов головы. При этом также учитывалась локализация поражения, степень выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ (легкий, умеренный, тяжелый, очень тяжелый – status neuralgicus), течение (острое, хроническое рецидивирующее, прогрессивное, хроническое), стадия заболевания (начальная, обострение, ремиссия).

Проведенное нами аналитическое исследование выявило особенности отдельных параметров относительно диагностики и лечения больных с тригеминальной ЛБ, что обусловлено необходимостью определения дифференцированных лечебных подходов в связи с неэффективностью применения обычных анальгетических средств при определенных формах

тригеминальных прозопалгий. Таким образом, часто возникает необходимость изменения стандартных схем лечения с учетом развития «фармакорезистентных» форм ЛБ и это требует проведения дифференциального хирургического лечения.

Для этого было проанализированы показатели результатов нейрохирургического лечения 1191 больных с прозопалгиями (средний возраст больных – 33,57 лет) с разной степенью выраженности БС в возрасте от 28 до 53 лет, а именно:

- Процент (%) эффективности;
- ВАШ конечный;
- ВАШ первичный;
- Возраст;
- Возраст начала заболевания;
- Длительность заболевания, лет;
- Нейрохирургические методики (НХМ), примененные в стационаре;
- НХМ в анамнезе;
- Общее количество НХМ;
- Пол;
- Состав анестезирующей смеси;
- Сторона поражения;
- Фоновое лечение.

Проведенное аналитическое исследование выявило ряд нейрофизиологических и прогностических показателей, характеризующих эффективность оперативных вмешательств при прозопалгиях, и которые различаются по механизму их лечебного действия и по локализации вмешательства.

Однако в живом организме между различными параметрами гомеостаза существуют многочисленные взаимосвязи, поэтому результаты нейрохирургического лечения были изучены с помощью системного анализа кластерным методом. Для решения этого вопроса был использован нормированный t-критерий (табл. 1-5).

Использование среднеарифметических групповых значений t-критерия позволяет провести комплексную оценку степени отклонения от норматива отдельных исследованных показателей. При анализе степени различия показателей среднегрупповых показателей были выделены три кластера различий (табл. 1). В первый кластер с очень выраженными различиями ($t > 40,0$) вошли такие показатели как ВАШ первичный, возраст, пол и возраст начала заболевания.

Второй кластер – кластер с выразительными различиями ($40,0 > t > 20,0$) – составили таких шесть параметров: НХМ в анамнезе и во время стационарного лечения, сторона поражения, фоновое лечение, состав анестезии и процент эффективности. Третий кластер представил признаки с умеренными и незначительными отклонениями ($20,0 > t > 12,97$). К ним относятся следующие показатели: общее количество НХМ, конечный ВАШ и продолжительность заболевания.

Обращает на себя внимание, что первое и последнее звенья структуры нормированных t-критериев во всех группах совпадали. Первое место занимает ВАШ первичный, что подтверждает главное значение именно выраженности болевого синдрома при обращении у всех пациентов с ЛБ независимо от группы. Но значимость этого показателя белая разной – у пациентов первой группы она превзошла такую среднегрупповой в 2,1 раза ($p < 0,01$) и на 53-70% превзошла показатель по другим группам ($p < 0,05$).

Таблица 1. Нормированный среднегрупповой показатель t-критерия результатов лечения больных с прозопалгиями

№ п/п	Показатели	t-критерий
1	2	3
1.	ВАШ первичный	82,8400
2.	Возраст	58,2000
3.	Пол	50,8800
4.	Возраст начала заболевания	48,0800
5.	НХМ, примененные в стационаре	39,9500
6.	Сторона поражения	36,5100
7.	Состав анестезирующей смеси	31,2800
8.	% эффективности	30,7800

Продолжение таблицы 1

1	2	3
9.	НХМ в анамнезе	30,2200
10.	Фоновое лечение	21,2500
11.	Общее количество НХМ	19,3900
12.	ВАШ конечный	19,0400
13.	Длительность заболевания, лет	12,9700

Последнее место в структуре нормированных t-критериев во всех группах занимает показатель продолжительности заболевания, следовательно, это свидетельствует об отсутствии значительной зависимости результатов лечения больных с прозопалгиями от периода длительности самого заболевания.

Определение степени отличия исследуемых показателей у больных с прозопалгиями первой группы (табл. 2) относительно среднегрупповых показало, что наиболее выраженные нарушения отмечены для возраста вообще и возраста начала заболевания, стороны поражения, фонового лечения и конечного ВАШ, которые были выше аналогичных среднегрупповых в 2,2-2,5 раз ($p < 0,01$). Следовательно, их значимость является максимальной для пациентов этой группы.

Таблица 2. Нормированный показатель t-критерия результатов лечения больных с прозопалгиями первой группы

№ п/п	Показатели	t-критерий
1.	ВАШ первичный	177,6830
2.	Возраст	143,9216
3.	Возраст начала заболевания	115,4603
4.	Пол	101,6215
5.	НХМ, примененные в стационаре	81,9600
6.	Сторона поражения	80,7810
7.	Состав анестезирующей смеси	59,5368
8.	НХМ в анамнезе	56,1402
9.	% эффективности	50,6399
10.	Фоновое лечение	44,9918
11.	ВАШ конечный	44,6740
12.	Общее количество НХМ	37,8418
13.	Длительность заболевания, лет	30,2280

Следует обратить внимание также на значимость показателей состава анестезии и процента эффективности, значимость которых именно у больных этой группы была максимальной и превышали таковые среднегрупповые на 90 и 65% ($p < 0,05$).

У пациентов второй группы (табл. 3) отмечено снижение значимости показателя НХМ в анамнезе, возраста и конечного ВАШ, которые были ниже среднегрупповых на 47, 31 и 30% соответственно ($p < 0,05$).

Таблица 3. Нормированный показатель t-критерия результатов лечения больных с прозопалгиями второй группы

№ п/п	Показатели	t-критерий
1.	ВАШ первичный	58,17231
2.	Пол	47,13306
3.	Возраст	40,31397
4.	Возраст начала заболевания	36,22877
5.	НХМ, примененные в стационаре	33,53195
6.	Сторона поражения	28,76715
7.	% эффективности	26,88883
8.	Состав анестезирующей смеси	25,81375
9.	Общее количество НХМ	19,34983
10.	Фоновое лечение	17,88333
11.	НХМ в анамнезе	15,90914
12.	ВАШ конечный	15,62423
13.	Длительность заболевания, лет	9,29885

У больных с прозопагиями третьей (табл. 4) и четвертой (табл. 5) групп первый кластер в структуре занимает только один показатель – ВАШ первичный ($t = 42,98$ и $52,55$ соответственно).

Таблица 4. Нормированный показатель t-критерия результатов лечения больных с прозопагиями третьей группы

№ п/п	Показатели	t-критерий
1.	ВАШ первичный	42,97629
2.	НХМ в анамнезе	36,42932
3.	Пол	26,72347
4.	% эффективности	24,86773
5.	Возраст	21,35292
6.	Состав анестезирующей смеси	19,95173
7.	Сторона поражения	19,33066
8.	Возраст начала заболевания	16,26014
9.	НХМ, примененные в стационаре	15,92295
10.	Общее количество НХМ	11,12659
11.	Фоновое лечение	9,88066
12.	ВАШ конечный	8,48034
13.	Длительность заболевания, лет	5,60260

Также значимыми для больных этих групп являются параметры второго кластера, которые позволяют судить о проценте эффективности, возрасте, гендерном признаке и НХМ в анамнезе. Подтверждено снижение значимости показателя состава анестезии на 36% относительно среднегрупповых ($p < 0,05$) и на 67% относительно показателю первой группы ($p < 0,01$). Аналогичная тенденция выявлена относительно показателя фонового лечения – снижение относительно среднегрупповых на 53% у больных третьей и на 42% у больных четвертой группы ($p < 0,05$).

Таблица 5. Нормированный показатель t-критерия результатов лечения больных с прозопагиями четвертой группы

№ п/п	Показатели	t-критерий
1.	ВАШ первичный	52,54628
2.	НХМ, примененные в стационаре	28,37411
3.	Пол	28,03405
4.	Возраст	27,21519
5.	Возраст начала заболевания	24,35123
6.	% эффективности	20,70640
7.	Состав анестезирующей смеси	19,83072
8.	Сторона поражения	17,14831
9.	НХМ в анамнезе	12,40258
10.	Фоновое лечение	12,26118
11.	Общее количество НХМ	9,23873
12.	ВАШ конечный	7,39898
13.	Длительность заболевания, лет	6,73590

Относительно показателя возраста ряд авторов выделяет более старший возраст как предиктор хорошего результата. Lucas и соавт. утверждают, что при прочих равных вероятность 5-летнего послеоперационного безболевого периода для пациентов 40 и 80 лет составляет 10% и 45% соответственно.

Обращает на себя внимание тот факт, что в этих группах отмечены значения ВАШ первичного ниже показателей первой группы на 76 и 70% ($p < 0,05$) и аналогично сниженные на 81 и 83% значения конечного ВАШ ($p < 0,01$). Итак, существуют значимые различия между структурами нормированных t-критериев в исследованных группах.

Выводы. Полученные корреляции позволяют сделать вывод, что критериями оценки эффективности методов лечения и процента эффективности в ближайшем и отдаленном периодах служили изменение характера БС, данных фонового лечения или состава анестезии, но со значительными особенностями в рамках каждой группы.

Согласно предложенного нами алгоритма выбора диагностической тактики у больных с ЛБ и распределения больных группы в соответствии с оригинальной анатомо-топографической классификации ЛБ был проведен выбор лечебной тактики и соответствующее дифференцированное нейрохирургическое лечение 1191 больного.

Использование комплексного лечебно-лечебного подхода с учетом алгоритмов при диагностическом обследовании, отборе и лечении пациентов позволило улучшить результаты лечения. В ближайшем послеоперационном периоде подавляющее большинство больных имели отличные и хорошие результаты хирургического лечения. Неудовлетворительных результатов не отмечалось.

Отдаленные результаты хирургического лечения были следующими: отличные – в 78,5%, хорошие – 16,6% и удовлетворительные – 4,9%, при отсутствии неудовлетворительных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. чл.-корр. РАМН А. М. Вейна. – М.: Медпресс-информ, 2001. – 368 с.
2. Гайтон А. К. Медицинская физиология / А. К. Гайтон, Дж. Э. Холл / пер. с англ.; под ред. В.И. Кобрин. – М.: Логосфера, 2008. – 1296 с.
3. Карлов В. А. Лицевая боль / В. А. Карлов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – № 5. – С. 90-100.
4. Кузнецова Е.А., Якутов Э.З., Гизизянова В.М. Оказание медицинской помощи пациентам с лицевыми болями: результаты анкетирования врачей-неврологов // Практическая медицина. – 2013. – № 66. – С. 101-103.
5. Павленко С.С. Эпидемиология боли: Обзор // Неврологический журнал. – 2009. – № 1. – С. 41-46.
6. Посохов М. Ф. Класифікації прозопаглій в історичному аспекті (огляд літератури) / М. Ф. Посохов // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т.22, вип. 4.(81) – С. 25-32.
7. Посохов Н. Ф. Клинико-анатомическая классификация прозопаглій / Н. Ф. Посохов // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. Специальный выпуск. «Поленовские чтения»: материалы XI Всероссийской научно-практической конференции (17-20 апреля 2012, Санкт-Петербург). – СПб, 2012. – Том IV. – С.336.
8. Ремнев А. Г. Клиническая физиология тройничного и лицевого нервов (методическое руководство) // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 6. – С. 13.
9. Цымбалюк В.И. Оценка качества жизни нейрохирургических больных с болевым синдромом // Український нейрохірургічний журнал. – 2007. – №4. – С. 57-60.
10. Щедренко В. В. Хирургия лицевых болей / В. В. Щедренко. – СПб.: Изд-во ГУ РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, 2005. – 176 с.
11. Щедренко В.В., Могулая О.В. Блокады в неврологии и нейрохирургии – СПб., 2007. – 157 с.
12. Bahra A., May A., Goadsby P.J. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications // Neurology. – 2002. – Vol. 58. – P. 354-361.
13. Bouhassira D., Lanteri-Minet M., Attal N. et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population // Pain. – 2008. – № 136. – P. 380-387.
14. Evans R.W., Agostoni E. Persistent idiopathic facial pain // Headache. – 2006. – Vol. 46, №8. – P. 1298-1300.
15. Favier I., van Vliet J.A., Roon K.I. Trigeminal autonomic cephalgias due to structural lesions: a review of 31 cases // Arch. Neurol. – 2007. – Vol. 64. – P. 25-31.
16. Gatchel R.J., McGeary D.D., McGeary C.A. et al. Interdisciplinary chronic pain management (past, present and future) // American psychologist. – 2014. – Vol. 69, №2. – P. 119-130.
17. Pinessi L., Rainero I., Rivoiro C. et al. Genetics of cluster headache: an update // J. Headache Pain. – 2005. – Vol. 6. – P. 234-236.
18. Rainero I., Rubino E., Valfre W. et al. Association between the G1246A polymorphism of the hypocretin receptor 2 gene and cluster headache: a meta-analysis // J. Headache Pain. – 2007. – Vol. 8. – P. 152-156.
19. Van Vliet J., Eekers P.J., Haan J. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2003. – Vol. 74. – P. 1123-1125.
20. Weiss A.L., Ehrhardt K.P., Tolba R. Atypical facial pain: a comprehensive, evidence-based review // Curr Pain Headache Rep. – 2017. – № 21 (2). – P. 8.