

Список літератури

1. Верещагин Н. В., Моргунов В. А., Гулевская Т. С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. — М.: Медицина, 1997. — 288с.
2. Винничук С. М. Сосудистые заболевания головного мозга. — К.: Наукова думка, 1999. — 250 с.
3. Евстигнеев В. В., Юршевич Е. А., Бузуева О. А. Дисциркуляторная энцефалопатия // Медицина. — 2001. — № 1. — С. 26—29.
4. Никитин Ю. П., Панин Л. Е., Воевода М. И. и др. Вопросы атерогенеза. — Новосибирск: Изд-во Ротапринт СНИИГГиМСа, 2005 — 371 с.
5. Григорова И. А. Острый церебральный ишемический инсульт и плазменно-клеточные показатели липидного обмена // Укр. вісник психоневрології. — 1996. — Т. 4, вып. 2 (9). — С. 276—280.
6. Duntas LH. Thyroid disease and lipids // Thyroid. — 2002 — Vol. 12. — P. 287—293.

7. Kanaya A. M., Harris F., Volpato S., et al. Association between thyroid dysfunction and total cholesterol level in an older biracial population: the health, aging and body composition study // Arch Intern Med. — 2002. — Vol. 162. — P. 773—779.
8. Григорова І. А., Товажнянська О. Л. Стан ліпідного обміну у хворих з дисметаболическою енцефалопатією на тлі гіпотиреозу // Зб. наук. праць «Актуальные проблемы медицины и биологии» Нац. мед. ун-т, м. Київ, 2004 р. — № 1. — С. 44—48.
9. Ультразвуковая доплерографическая диагностика сосудистых заболеваний // Под ред. Ю. М. Никитина, А. И. Труханова. — М.: Видар, 1998. — 431 с.
10. Панченкова Л. А., Трошина Е. А., Юркова Т. Е. и др. Тиреоидный статус и сердечно-сосудистая система // Российские медицинские вести. — 2000. — № 1. — С. 18—25.

Надійшла до редакції 25.02.2008 р.

Е. Л. Товажнянская

Состояние церебральной гемодинамики и липидного обмена у больных с дисметаболической энцефалопатией при гипотиреозе

Харьковский государственный медицинский университет (г. Харьков)

У 207 больных с дисметаболической энцефалопатией на фоне первичного гипотиреоза исследовано состояние церебральной гемодинамики и липидного обмена. Было определено, что формирование и прогрессирование дисметаболической энцефалопатии сопровождалось ухудшением церебральной гемодинамики в виде замедления скорости кровотока и развития вазоспазма. Доказана роль нарушения липидного обмена в виде повышения атерогенного потенциала крови в развитии мозговых дисциркуляций у больных с первичным гипотиреозом.

E. L. Tovazhnyanska

Condition of the cerebral hemodynamics and lipide exchange at patients with dysmetabolic encephalopathy on the hypothyroidism background

Kharkiv State medical University (Kharkiv)

At 207 patients with dysmetabolic encephalopathy on an initial hypothyroidism background the condition of a cerebral hemodynamic and a lipid exchange are investigated. It has been determined, that formation and progressing dysmetabolic encephalopathy was accompanied by increase hemodynamic frustration as retardation of a blood-groove rate and development of a vasospasm. The role of a lipid exchange infringement as rising atherogenous potential of a blood in development cerebral dyscirculation at patients with an initial hypothyroidism is proved.

УДК 616.831-022.6-06:616.8-009.7-092

*С. В. Федосеев, канд. мед. наук, ст. наук. співробіт. відділу нейроінфекцій та розсіяного склерозу
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)*

ДОРСАЛГІЯ У ХВОРИХ З НЕЙРОІНФЕКЦІЯМИ. КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ І ПАТОГЕНЕЗ

Біль у спині, або дорсалгія, може бути симптомом різних захворювань і однією з найчастіших скарг [1, 2]. У зв'язку із значною поширеністю болю у спині, проблема дорсалгій виходить далеко за межі таких вузьких спеціальностей як неврологія, ортопедія і ревматологія і належить до загальнономедичних проблем. Дорсалгія є однією з найбільш частих причин порушення стану здоров'я працездатного населення. Гострий біль у спині зазнають 80—100 % населення та у 20 % дорослих спостерігається періодичний, рецидивуючий біль у спині тривалістю від 3-х днів і більш [3]. У переважній більшості пацієнтів біль у спині хоча суб'єктивно і впливає на якість життя, але скоромишує і не приводить до стійкої втрати працездатності. Проте у деяких випадках дорсалгія може бути першим клінічним проявом серйозного захворювання, що потребує активного терапевтичного втручання. Серед факторів, що безпосередньо формують больовий синдром у спині або через комплекс імунологічних, мікроциркуляторних, вегетативних, нейрогуморальних та інших порушень впливають на перебіг, вираженість

та розповсюдженість болю насамперед слід назвати інфекційну патологію.

На сучасному етапі дуже гостро стоїть проблема герпесвірусних захворювань [4, 5]. Віруси герпесу, особливо при мікст-герпесвірусних ураженнях спричиняють різноманітну патологію нервової системи (енцефаліт, менінгіт, гангліорадикуліт, гангліоневрит, епісиндром), інших органів і систем (TORCH-синдром, інфекційний мононуклеоз), є причиною хронічного, за даними більшості авторів, переважно невропатичного болю [5, 6]. Не менш гострою є проблема урогенітальних інфекцій, у зв'язку з їх значним впливом на стан здоров'я людини, багатовекторним ураженням органів і систем (опорно-рухової, нервової та ін.), як завжди формуванням больового синдрому [7, 8]. Найбільші труднощі у діагностиці та лікуванні хворих виникають при мікст-інфекціях, що обумовлено поліморфізмом клінічних проявів, значними імунологічними порушеннями та деякими іншими факторами.

На існуючий момент механізми формування болю у спині при інфекційних ураженнях, насамперед

нейроінфекціях (НІ), вивчені недостатньо. Урахування клінічних особливостей, характеру перебігу болю у спині є одним із найважливіших факторів, що впливають на якість діагностики, визначають направленість лікувально-реабілітаційних заходів. Таким чином, метою даного дослідження стало вивчення клінічних особливостей дорсалгій у хворих з нейроінфекціями.

Робота була виконана у рамках комплексної теми «Вивчити особливості дорсалгій при демієлінізуючих і запальних захворюваннях нервової системи» (шифр НДР АМН. ДА.3.05, № держ. реєстрації 0105U002335).

Обстеження хворих проводилось за схемою з оцінкою скарг, даних анамнезу, з уточненням конфігурації хребта, об'єму активних і пасивних рухів, стану і характеру розподілу м'язового тону. Уточнювали характер, тривалість больових проявів, іррадіацію болю, провокуючі і полегшуючі біль фактори, вираженість болю й інших системних симптомів, момент появи болю.

Було обстежено 26 хворих з НІ і дорсалгією. Серед обстежених хворих переважали жінки — 20 (76,9 %), чоловіків було 6 (23,1 %). Обстежені були переважно молодого віку, середній вік склав (34,6 ± 9,52) року.

Нозологія нейроінфекційних уражень була представлена таким чином: енцефалопатія внаслідок дії інфекційних чинників у 12 (46,15 %) хворих, арахноїдит — у 3 (11,54 %) хворих, енцефаліт — у 7 (26,92 %) хворих, енцефаломієлорадикулополінейропатія — у 2 (7,69 %) хворих, залишкові прояви гострих нейроінфекційних уражень — ще у 2 (7,69 %) хворих.

Результати клінічного обстеження хворих з НІ і дорсалгією подані у таблиці 1.

Таблиця 1

Клінічні прояви дорсалгії у хворих з нейроінфекціями

Показник	Кількість хворих (n = 26)	
	абс.	%
Локалізація болю:		
поперекова	7	26,92
грудна	2	7,69
грудо-поперекова	5	19,23
дифузний тип болю	12	46,15
Розповсюдженість болю:		
тільки у спині	16	61,54
у спині та 1—2 суглобах	4	15,38
у спині та більше ніж 2 суглобах	6	23,08
Характер больових відчуттів:		
жагучий, пекучий	6	23,08
тягучий	11	42,31
сковуючий	4	15,38
комбінований (больові відчуття різного характеру)	5	19,23
Виразність болю (суб'єктивні відчуття хворих):		
надмірна (є причиною звернення за допомогою)	7	26,92
помірна (є однією з причин звернення за допомогою)	15	57,70
дискомфорт	4	15,38
Загальна тривалість больового синдрому:		
до 1 року	4	15,38
до 5 років	10	38,46
понад 5 років	12	46,15

Примітка. Тут і далі: n — кількість обстежених хворих

Отримані дані свідчать, що для хворих з НІ характерним був хронічний, помірного ступеня вираженості, переважно дифузного типу больовий синдром у спині, з больовими відчуттями частіше за все тягучого, тупого характеру. У 38,46 % випадків (див. табл. 1) дорсалгія була спостерігалася у комбінації з артралгіями.

Був проведений аналіз особливостей інфекційного фактору і клінічних особливостей дорсалгій в залежності від інфекційних чинників.

Отримані дані (табл. 2), які характеризують інфекційний фактор у хворих з НІ і дорсалгією, свідчать, що в обстежених хворих з болем у спині найбільш часто виявлялися герпетична інфекція та мікст-інфекція.

Таблиця 2

Інфекційний фактор у хворих з нейроінфекціями і дорсалгією

Показники	Кількість хворих (n = 26)	
	абс.	%
Етіологічний фактор:		
герпетична чи інша вірусна інфекція	9	34,61
урогенітальні інфекції (хламідії та ін.)	2	7,69
бруцельозна інфекція	1	3,85
борреліозна інфекція	1	3,85
мікст-інфекції (поєднання герпетичної, уrogenітальної та ін.)	13	50,00
Симптоми, що характеризують інфекційний процес та інші симптоми:		
субфебрилітет	21	80,77
біль у суглобах	10	38,46
астенія	18	69,23

Було проведено вивчення співвідношень перебігу дорсалгії до перебігу нейроінфекційного процесу, що її спричиняє. Для вирішення цього завдання крім даних, що були отримані під час дослідження в групі обстежених (26 хворих), був проведений ретроспективний аналіз випадків спостереження за хворими з НІ і дорсалгією, що перебували під динамічним спостереженням та неодноразово проходили курси лікування у клініці (15 хворих). Глибина ретроспективного аналізу — 4 роки динамічного спостереження.

Таким чином, особливості дебюту чи загострення дорсалгії у хворих з НІ були досліджені у 41 пацієнта (31 жінки і 10 чоловіків) у віці від 18 до 43 років.

Таблиця 3

Чинники, що передували дорсалгії у хворих з НІ

Чинник	Кількість хворих (n = 26)	
	абс.	%
Гостра респіраторна інфекція, загострення хронічного запального процесу з боку респіраторних та інших органів	10	24,39
Емоційний стрес	6	14,63
Тривале фізичне перевантаження	3	7,32
Різкий некоординований рух, підняття значної ваги або інший чинник гострого впливу на опорно-рухову систему	2	4,88
Переохолодження	5	12,19
Загострення соматичної патології	3	7,32
Інший	2	4,88
Комбінація різних чинників	8	19,51
Без явної причини (визначити не вдалося)	2	4,88

Виходячи із отриманих даних (табл. 3), чинниками, що найбільш часто передували дорсалгії у хворих з НІ, були гостра респіраторна інфекція, загострення хронічного запального процесу з боку респіраторних чи інших внутрішніх органів (24,39 % випадків), емоційний стрес (14,63 % випадків), переохолодження (12,19 % випадків), комбінація різних чинників (19,51 % випадків). Тобто за походженням, дорсалгії у хворих з НІ можна вважати поліфакторними.

У таблиці 4 наведені дані про терміни виникнення болю у спині у співвідношенні до НІ.

Виходячи із отриманих даних, больовий синдром у спині формувався частіше в дебюті нейроінфекційного процесу (у 31,71 % випадків) чи на його протязі (у 29,27 % випадків). При наявності (за даними анамнезу) болю у спині до початку дії інфекційних етіологічних чинників у разі приєднання інфекційного фактору у 17,07 % випадків змінилися характеристики больового синдрому — біль став більш тривалим та змінилися якісні характеристики болю (див. табл. 4).

У 25 хворих (10 пацієнтів з хронічними персистуючими НІ з групи безпосередньо обстежених та 15 пацієнтів групи ретроспективного аналізу) вивчені особливості перебігу дорсалгій у післядебютному періоді. Хворі були у віці від 19 до 41 року, з них 20 — жінки, 5 — чоловіки. Були визначені два основні варіанти клінічного перебігу дорсалгії.

У 14 (56 %) хворих епізоди посилення чи виникнення болю, зменшення чи усунення больових проявів за часовим критерієм були безпосередньо пов'язані з клінічною маніфестацією НІ чи, відповідно, переходом її в ремісію (1-й варіант перебігу). Етіологічний чинник у таких хворих був виражений вірусною, коковою або мікстовими формами інфекції.

Таблиця 4

Співвідношення дебюту болю у спині та нейроінфекції

Характер співвідношення	Кількість хворих (n = 26)	
	абс.	%
Біль у спині з'явився у дебюті нейроінфекції	13	31,71
Біль у спині був до початку нейроінфекції; під впливом інфекційного фактору біль став більш тривалим, змінився за характером	7	17,07
Біль у спині був до початку нейроінфекції; під впливом інфекційного фактору біль значно не змінився	5	12,19
Біль у спині з'явився на фоні нейроінфекції	12	29,27
Визначитися не вдалося	4	9,76

У 11 (44 %) хворих дорсалгія характеризувалася хронічним перебігом, значно більшими тривалістю, розповсюдженістю, ступенем вираженості больових відчуттів, артралгіями (2-й варіант перебігу). У таких хворих за етіологічним чинником переважали мікст-інфекції, до складу яких входили хламідія, уреоплазма, мікоплазма — у 7 хворих, боррелія — у 2 пацієнтів, герпесвіруси — у 8 хворих, а також у 1 хворої виявлена бруцелозна інфекція. Тобто у цих хворих виявлені інфекції, що безпосередньо спричиняють запальні артропатії, на фоні яких дорсалгія має більш тривалий і стійкий характер.

З урахуванням існуючих даних про механізми розвитку больових синдромів [9—12] та даних особистих досліджень клінічних особливостей больового синдрому, патогенез дорсалгії у хворих з НІ в узагальненому вигляді можна характеризувати таким чином.

У зоні безпосереднього впливу інфекційного чинника виникає запальний процес (гострий, загострення хронічного), що призводить до активації значної кількості ноцицепторів з формуванням значно більшої сумарної аферентації — спрацьовує принцип інтенсивності больового сприйняття. Виникнення больових відчуттів саме у спині (адресація болю) залежить від численних факторів, у тому числі — загальних змін у організмі хворого при наявності активного інфекційно-запального процесу (гіпертермія, розлади мікроциркуляції, токсичний вплив, дисметаболічні порушення, системна дія запальних чинників та інші), наявності периферійних вогнищ аферентації внаслідок запальних змін (наприклад, загострення піелонефриту), наявності фонових структурно-функціональних змін у опорно-руховій системі (дегенеративно-дистрофічні зміни, деформації хребта, нестабільність та ін.). Різке зростання потоку аферентації спричиняє не тільки формування больового синдрому у спині, але і більш швидко активацію антиноцицептивних механізмів. Характер етіологічного чинника, частота реактивації інфекційного процесу, тривалість і вираженість загострень в минулому, наявність та вираженість структурно-функціональних порушень в нервовій системі і низка інших чинників визначають ступінь компенсаторних можливостей організму. При достатніх компенсаторних можливостях настає ремісія НІ із зменшенням проявів дорсалгії. Такий механізм формування больового синдрому у спині є характерним для хворих з 1-м варіантом перебігу дорсалгії на фоні НІ.

При 2-му варіанті перебігу дорсалгій, за рахунок специфічності інфекційного етіологічного чинника, що спричиняє запальні зміни в суглобах (запальні артропатії), формуються додаткові постійні вогнища аферентації, що підвищують сумарний рівень ноцицепції. На нашу думку, у хворих цього контингенту формується патогенетичний патологічний ланцюг: запалення у суглобах — біль — м'язовий спазм — міоадаптивні м'язові реакції (вікарні м'язові перевантаження) — підвищення внутрішньосуглобового тиску — підвищення рівня ноцицепції з впливом на нейрональні, вегетативні та інші центри. Наведений вище механізм у поєднанні з іншими механізмами (безпосередній вплив інфекційних чинників на нейрональні структури, комплекс імунологічних, гуморальних, вегетативних та інших порушень) сприяє персистенції НІ, а біль як одна з основних ланок цього механізму має патогенетичне значення.

Таким чином, хворим з НІ притаманний хронічний, помірної вираженості больовий синдром у спині, у більшості випадків дифузний, з больовими відчуттями переважно тупого, тягучого характеру. Дорсалгія може виникати у дебюті НІ або через деякий термін після початку інфекційного процесу, а безпосередніми факторами, що сприяють формуванню больового синдрому (реалізуючі фактори) можуть бути гостра респіраторна інфекція чи загострення хронічного запального процесу з боку респіраторних чи інших

органів, емоційний стрес, переохолодження, комбінація цих та інших факторів. В залежності від діючих етіологічних інфекційних чинників, дорсалгія може бути лише одним з проявів загострення НІ або стає важливим патогенетичним чинником, що сприяє подальшій персистенції НІ.

Перспективними напрямками в розробці проблеми дорсалгій у хворих з НІ є вивчення інших ланок патогенезу больового синдрому (стану та механізмів вегетативного регулювання, характеру та напрямку змін імунної реактивності, особливостей психічної діяльності та їхньої ролі у формуванні больового синдрому), що дозволить поглибити уявлення про больовий синдром у спині.

Список літератури

1. Богачева Л. А., Снеткова Е. П. Дорсалгии: классификация, механизмы патогенеза, принципы ведения (опыт работы специализированного отделения боли) // Неврологический журнал. — 1996. — № 2. — С. 8—12.
2. Павленко С. С. Эпидемиология боли // Боль и ее лечение. — 1998. — № 9. — С. 12—19.
3. Алексеев В. В. Диагностика и лечение болей в пояснице // Consilium Medicum. — 2002. — Т. 4. — № 2. — С. 96—102.

4. Волошина Н. П., Левченко І. Л., Федосеев С. В. Клінічний поліморфізм уражень нервової системи, характер больового синдрому у пацієнтів з Varicella-zoster-вірусною інфекцією, особливості терапевтичної корекції // Український вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, вип. 3(44) — С. 5—8.

5. Кононенко В. В. Етіологічна діагностика та класифікація герпесвірусних уражень центральної нервової системи // Лікарська справа. — 2001. — № 5—6. — С. 24—30.

6. Ходак Л. А., Книженко О. В., Захарченко Н. М. Герпесвірусные заболевания // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 103—106.

7. Адаскевич В. П. Заболевания, передаваемые половым путем. — Витебск, 1996. — 279 с.

8. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем. Метод. рекоменд. / Под ред. К. К. Борисенко. — М.: Ассоциация Санам, 1998. — 188 с.

9. Мелзак Р. Загадка боли. — М.: Медицина, 1981. — 231 с.

10. Ревенко С. В., Ермишкин В. В., Селектор Л. Я. Периферические механизмы ноцицепции // Сенсорные системы. — 1988. — Т. 2, № 2. — С. 198—210.

11. Вейн А. М., Авруцкий М. Я. Боль и обезболивание. — М.: Медицина, 1997. — 279 с.

12. Кукушкин М. Л., Хитров Н. К. Общая патология боли (руководство для врачей) — М.: Медицина, 2004. — 141 с.

Надійшла до редакції 05.02.2008 р.

С. В. Федосеев

Дорсалгия у больных с нейроинфекциями. Клинические аспекты и патогенез

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркология АМН Украины» (г. Харьков)

В статье рассмотрен один из наименее изученных вариантов болевого синдрома — дорсалгия у больных с нейроинфекциями. Проведено клиническое обследование 26 больных, изучены клинические проявления болевого синдрома, выполнен анализ реализующих факторов дорсалгии у больных с нейроинфекциями, сопоставлены особенности дебюта и характера течения болевого синдрома с особенностями и течением нейроинфекции. Выявлена связь боли в спине с характером этиологического инфекционного фактора, изучены и приведены два клинических варианта дорсалгий. Представлены некоторые механизмы формирования дорсалгии у больных с нейроинфекциями.

S. V. Fedoseev

Dorsalgia in patients with neuroinfections. Clinical aspects and pathogenesis

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

One of the less-investigated pain syndrome variant — dorsalgia in patients with neuroinfections was considered in the article. Clinical examination was conducted in 26 patients. The pain syndrome's clinical manifestations were studied, analysis of dorsalgia realizing factors in patients with neuroinfections was conducted. The onset peculiarities and pain syndrome character were compared with neuroinfection's peculiarities and course. The connection between pain in a back and etiological infectious factor was revealed, which were studied and illustrated by two clinical variants. The some mechanisms of dorsalgia formation in patients with neuroinfections were presented.