



Г. Г. СИМОНЕНКО

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Досвід спостереження хворих на герпетичний гангліоневрит в умовах неврологічного стаціонару

Мета — оцінити клінічні, лабораторні та функціональні показники пацієнтів з герпетичним гангліоневритом трійчастого нерва в умовах неврологічного відділення.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізовано історії хвороби 43 пацієнтів (26 (60,5%) жінок і 17 (39,5%) чоловіків) з діагнозом герпетичного гангліоневриту трійчастого нерва, встановленим за клінічною картиною, результатами загального аналізу крові та сечі, біохімічного дослідження крові, електрокардіографії, ультразвукового дослідження магістральних артерій голови, органів черевної порожнини і малого тазу, реоенцефалографії.

Результати. Із 43 госпіталізованих пацієнтів у 31 (72,1%) була уражена лише I гілка (64,5% жінок і 35,5% чоловіків), у 9 (20,9%) — II гілка, у 3 (7,0%) — III гілка трійчастого нерва. Переважали особи віком понад 46 років (86,0%). Правобічне ураження спостерігали у 22 (51,2%) випадках, лівобічне — у 21 (48,8%). Жінки мали переважно правобічне ураження (16 (61,5%)), чоловіки — лівобічне (11 (64,7%)). Основною скаргою, крім висипу, був місцевий лицьовий біль, який переважно мав пекучий характер (24 (55,8%)) з одночасним свербіжем (15 (34,9%)). Виразний біль мав місце у 23 (53,5%) випадках, помірний — у 14 (32,6%), легкий — у 6 (13,9%). Гіперестезія супроводжувала біль у 28 (65,1%) хворих, гіпестезія — у 6 (14,0%). У разі залучення I гілки у 9 (29,0%) пацієнтів спостерігали герпетичний кератоувеїт. У 17 (54,8%) хворих мав місце набряк навколоочної ділянки. У літніх пацієнтів зареєстрували інтелектуально-мнестичне зниження (45,0%), позитивні субкортикальні рефлексії (46,5%), помірні координаторні порушення (34,9%). З даних загальних та функціональних досліджень увагу привернуло збільшення швидкості осідання еритроцитів (39,5%), а також метаболічні зміни міокарда на електрокардіограмі (65,1%). У старшій віковій групі серед супутніх захворювань домінували дисциркуляторна енцефалопатія (45,0%), гіпертонічна хвороба (40,0%), цукровий діабет 2 типу (25,0%), остеохондроз хребта (20,0%).

Висновки. Клінічні спостереження герпетичного ураження підтвердили ураження здебільшого I гілки трійчастого нерва та переважання серед хворих жінок похилого віку з правобічними симптомами. У клінічній картині на тлі типових висипів домінує виразний пекучий місцевий біль, який супроводжується свербіжем та гіперестезією. Незважаючи на інколи відкладену госпіталізацію внаслідок спроб амбулаторного або самостійного лікування, загальний аналіз крові часто виявляє маркери запалення. Комплексність і варіабельність скарг та результатів обстеження можна пояснити переважно похилим віком пацієнтів.

Ключові слова: герпетичний гангліоневрит трійчастого нерва, герпетичний кератоувеїт, прискорення швидкості осідання еритроцитів, метаболічні зміни міокарда.

Герпетична інфекція є однією з актуальних медичних проблем. Зазвичай доросле населення міст у 60—90% випадків інфікуються декількома типами герпесвірусів. Рецидиви виявів інфекції спостерігають у 50% осіб. Поширеність

оперізувального герпесу становить 3—5 випадків на 1000 населення. Близько 75% хворих — це особи віком понад 45 років. Вважають, що кожний другий віком понад 85 років може захворіти на цю інфекцію. Відомо, що серед осіб молодше 50 років частіше хворіють чоловіки, у старших вікових групах — жінки.

Стаття надійшла до редакції 28 вересня 2021 р.

Особливістю вірусів герпесу є їх здатність до пожиттєвого персистування у чутливих гангліях з можливістю реактивації і розвитком гангліоніту у разі погіршення імунного захисту організму. Для проникнення у терміналі чутливих нервів віруси використовують рецептори росту фібробластів (1 та 2 тип) або рецептор ферменту, який руйнує інсулін (3 тип). За ретроградним нейрональним транспортом по безмієлінових волокнах типу С вони потрапляють у тіла нейронів [3, 4, 6].

Нервові вузли є біологічними резервуарами вірусу не випадково, оскільки в них він може уникати цитотоксичної імунної відповіді. Поширення герпесвірусів серед черепних нервів починається з найбільшого ганглія (Гассерова вузла). Розвинена судинна система, численні нервові колатералі зумовлюють можливість поширення вірусів на вестибулярний, спіральний і колінчастий ганглії. Нейрогенне поширення вірусу може спричинити ураження черепних нервів мостомозочкового кута. Показано, що віруси 3 типу при реактивації уражають більшість нейронів ганглія, тоді як герпесвіруси 1 та 2 типу — значно меншу їх кількість. Клінічно це характеризується різною виразністю і поширеністю висипів [1, 3].

До чинників ризику виникнення герпесвірусних інфекцій належать переохолодження, емоційний стрес, надлишкова інсоляція, фізичне перенапруження, десинхроноз, недосипання, перевтома, голодування, зловживання алкоголем, а також приймання препаратів, які пригнічують імунітет.

Ураження герпесвірусами черепних нервів призводить до функціональних, органічних та косметичних виявів. Серед хворих на оперізувальний герпес ураження трійчастого нерва має місце у 16—20% випадків, частіше — у жінок та у віковій групі 50—70 років [4]. Найчастіше (у 45% випадків) уражується I гілка трійчастого нерва, можливе ускладнення у вигляді кон'юнктивіту, кератиту, епісклериту, іриту. При ураженні II та III гілок висипи можуть бути не лише на шкірі, а і на слизовій оболонці носа, піднебіння, щік та ясен [2].

Біль при захворюванні зазвичай виникає в зоні іннервації на тлі печіння та свербіжу до появи висипу і зберігається близько 30 днів до зникнення

шкірних виявів. Місцевий біль може мати колючий, ріжучий, стріляючий характер, бути нападоподібним або постійним. Часто спостерігаються головний біль, лихоманка, нездужання.

Згідно з визначенням Міжнародного форуму з лікування герпесу, постгерпетична невралгія — це біль, який триває понад 4 міс від початку продромального періоду захворювання [7].

Ризик розвитку постгерпетичної невралгії підвищується з віком: від 20% у 50 років до 29% — на сьомому і 34% — на восьмому десятиріччі життя. Поширеність постгерпетичної невралгії становить 2 випадки на 1000 населення, 10 — у віковій групі понад 75 років [5].

Діагноз герпетичного гангліоневриту, зумовленого вірусом оперізувального герпесу, зазвичай встановлюють на підставі клінічних даних, лабораторну діагностику не проводять. За потреби можна застосувати вірусологічні, мікроскопічні, молекулярно-генетичні, імунохімічні та серологічні методи дослідження [5].

Пацієнтам у перші 72 год після помірного та вираженого висипу у разі помірного або сильного болю призначають ациклічні аналоги нуклеозидів (валацикловір, фамцикловір, ацикловір). Як доповнення застосовують інтерферони.

Мета роботи — оцінити клінічні, лабораторні та функціональні показники пацієнтів з герпетичним гангліоневритом трійчастого нерва в умовах неврологічного відділення.

Матеріали і методи

Ретроспективно проаналізовано історії хвороби 43 пацієнтів (26 (60,5%) жінок і 17 (39,5%) чоловіків) з діагнозом герпетичного гангліоневриту трійчастого нерва, встановленим за клінічною картиною, результатами загального аналізу крові та сечі, біохімічного дослідження крові, електрокардіографії (ЕКГ), ультразвукового дослідження магістральних артерій голови, органів черевної порожнини і малого таза, реоенцефалографії.

Результати та обговорення

Із 43 госпіталізованих пацієнтів у 31 (72,1%) була уражена лише I гілка, у 9 (20,9%) — II гілка, у 3 (7,0%) — III гілка трійчастого нерва (табл. 1).

Т а б л и ц я 1
Кількість пацієнтів з герпетичним гангліоневритом (n = 43)

Гілка	Чоловіки (n = 17)				Жінки (n = 26)			
	19—59 років		60—83 роки		19—59 років		60—83 роки	
	Справа	Зліва	Справа	Зліва	Справа	Зліва	Справа	Зліва
I	3 (27,3%)	2 (18,2%)	1 (9,0%)	5 (45,5%)	7 (35,0%)	6 (30,0%)	5 (25,0%)	2 (10,0%)
II та III	1 (16,7%)	4 (66,6%)	1 (16,7%)	0	1 (16,7%)	1 (16,7%)	3 (49,9%)	1 (16,7%)
Разом	4 (23,5%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)	5 (29,4%)	8 (30,8%)	7 (26,9%)	8 (30,8%)	3 (11,5%)

Переважали особи віком понад 46 років: у вікових групах 46—59 і 60—77 років — по 17 (39,5%) пацієнтів, 3 (7,0%) хворих були віком понад 80 років, 6 (14,0%) — 19—38 років. Таким чином, у групі 19—59 років було 23 (53,5%) пацієнти, у групі 60—83 роки — 20 (46,5%).

Правобічне ураження спостерігали у 22 (51,2%) випадках, лівобічне — у 21 (48,8%). Жінки мали переважно правобічне ураження (16 (61,5%)), чоловіки — лівобічне (11 (64,7%)).

Часто основною причиною загострення було місцеве чи загальне переохолодження пацієнтів. У деяких випадках герпетичним висипам передували отит і вірусний кон'юнктивіт. У декількох осіб похилого віку прооперовано катаракту. Часто початок захворювання супроводжувався підвищенням температури, збільшенням розміру регіонарних лімфатичних вузлів. Основною скаргою, крім висипу, був місцевий лицьовий біль, який переважно мав пекучий характер (24 (55,8%)) з одночасним свербежем (15 (34,9%)). Також повідомляли про ниючий і стріляючий місцевий біль. Інколи хворі відзначали його підсилення вночі. У деяких випадках головний біль мав загальний характер, який підсилювався при рухах головою. Виразний біль мав місце у 23 (53,5%) випадках, помірний — у 14 (32,6%), легкий — у 6 (13,9%) (табл. 2). Пекучий біль з одночасним свербежем домінував у пацієнтів з ураженням II та III гілок. Гіперестезія супроводжувала біль у 28 (65,1%) випадках, гіпестезія — у 6 (14,0%). У діагностиці важливе значення мала пальпація точок виходу гілок трійчастого нерва, які реагували болем на боці ураження.

У разі залучення I гілки у 9 (29,0%) випадках спостерігали герпетичний кератоувеїт, який супроводжувався висипами у ділянці орбіти, почервоінням ока, сльозотечею, а також болем при рухах очних яблук, інколи — світлобоязню, пригніченням фотореакцій. У 17 (54,8%) хворих відзначено набряк навколоочної ділянки.

Частина пацієнтів скаржилися на виразну загальну слабкість (7 (16,3%)), деякі були астеноїзованими і фіксованими на власних відчуттях (8 (18,6%)). У літніх пацієнтів спостерігали інтелектуально-мнестичне зниження (9 (45,0%)). Позитивні субкортикальні рефлексії супроводжували клінічну картину досить часто (20 (46,5%)) навіть в осіб молодшого віку. Також часто у хворих виявляли помірні координаторні порушення, похищення у позі Ромберга (15 (34,9%)), які інколи супроводжувалися нудотою та блюванням.

Серед даних загальних та функціональних досліджень увагу привернуло збільшення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) від 15 до 48 мм рт.ст. у 17 (39,5%) випадках, а також метаболічні зміни міокарда на ЕКГ — у 28 (65,1%). У 10 (23,3%) хворих зареєстровано лейкоцитурію. У старшій віковій групі серед супутніх захворювань домінували дисциркуляторна енцефалопатія (9 (45,0%)), гіпертонічна хвороба (8 (40,0%)), цукровий діабет 2 типу (5 (25,0%)), остеохондроз хребта (4 (20,0%)).

Проведено лікування противірусними препаратами, а також засобами з анальгетичним, протизапальним та десенсибілізуючим ефектом. У комплексному лікуванні використовували також спазмолітики і препарати для лікування супутньої патології, вітамінні, нейропротекторні, ангіопротекторні та ноотропні препарати, зокрема у хворих похилого віку. У деяких випадках застосовано терапію поляризованим когерентним низькоенергетичним світлом за допомогою апарата «Bioptron». Курс стаціонарного лікування в середньому становив 10—11 днів.

Клінічний випадок

Жінка, 46 років, мешканка м. Києва, завідувачка каси філії банку, перебувала на стаціонарному лікуванні 11 днів. Скарги при госпіталізації на болі, висипання та свербіж у ділянці лівої орбіти, почервоіння лівого ока. З анамнезу відомо, що захворіла близько 3 тиж тому (початок пов'язує з переохолодженням), коли виникли почервоіння лівого

Таблиця 2
Виразність больового синдрому

Стать	Вік, роки	Гілка трійчастого нерва	Виразний біль (n = 23)	Помірний біль (n = 14)	Легкий біль (n = 6)
Жінки (n = 26)	19—59 (n = 15)	I (n = 12)	7 (46,7%)	3 (20,0%)	2 (13,3%)
		II, III (n = 3)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
	60—83 (n = 11)	I (n = 8)	5 (45,5%)	3 (27,3%)	0
		II, III (n = 3)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	0
Чоловіки (n = 17)	19—59 (n = 8)	I (n = 5)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)
		II, III (n = 3)	1 (12,5%)	0	2 (25,0%)
	60—83 (n = 9)	I (n = 6)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	0
		II, III (n = 3)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	0

Т а б л и ц я 3
Основні виявлені ознаки і показники

Показник	Чоловіки (n = 17)				Жінки (n = 26)			
	I гілка		II та III гілки		I гілка		II та III гілки	
	19—59 років	60—83 роки	19—59 років	60—83 роки	19—59 років	60—83 роки	19—59 років	60—83 роки
Пекучий місцевий біль (n = 24)	3 (12,5%)	4 (16,7%)	1 (4,2%)	1 (4,2%)	8 (33,3%)	4 (16,7%)	2 (8,3%)	1 (4,2%)
Ниючий місцевий біль (n = 8)	2 (25,0%)	3 (37,5%)	0	0	1 (12,5%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	0
Стріляючий місцевий біль (n = 8)	0	2 (25,0%)	0	0	2 (25,0%)	3 (37,5%)	0	1 (12,5%)
Свербіж (n = 15)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	0	3 (20,0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	3 (20,0%)
Гіперестезія (n = 28)	5 (17,9%)	5 (17,9%)	2 (7,1%)	0	7 (28,0%)	4 (14,3%)	1 (3,6%)	4 (14,3%)
Гіпоестезія (n = 6)		2 (33,3%)		0	1 (16,7%)	2 (33,3%)	0	1 (16,7%)
Набряк повік (n = 17)	4 (23,5%)	3 (17,6%)	1 (5,9%)	0	4 (23,5%)	5 (29,4%)	0	1 (5,9%)
Світлобоязнь (n = 10)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	0	0	4 (40,0%)	2 (20,0%)	0	0
Герпетичний кератоувеїт (n = 9)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	0	0	4 (44,4%)	1 (11,1%)	0	0
Загальний головний біль (n = 9)	2 (22,2%)	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)
Астено-невротичний синдром (n = 8)	0	0	0	0	5 (62,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	0
Вестибуло-атактичний синдром (n = 15)	1 (6,7%)	4 (26,7%)	0	1 (6,7%)	1 (6,7%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Інтелектуально-мнестичне зниження (n = 9)	0	5 (55,6%)	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	0	1 (11,1%)
Субкортикальні рефлекси (n = 20)	2 (10,0%)	5 (25,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0%)	3 (15,0%)	5 (25,0%)	0	3 (15,0%)
Дифузні метаболічні зміни міокарда на ЕКГ (n = 28)	3 (10,7%)	5 (17,9%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)	7 (25,0%)	7 (25,0%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)
Підвищення ШОЕ (n = 17)	3 (17,6%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	0	5 (29,4%)	4 (23,5%)	0	2 (11,8%)

ока та висипання у ділянці лівої орбіти. Самостійно без ефекту приймала антигістамінний препарат «Цетрин». Через 2 тиж звернулася до офтальмолога і невропатолога поліклініки. За їх призначенням приймала протівірусні та протизапальні препарати. Через тиждень направлена на стаціонарне лікування в неврологічне відділення районної лікарні.

Анамнез життя: алергію на медичні препарати, гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання, цукровий діабет заперечує, 12 років тому перенесла струс головного мозку.

Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості. Периферичні лімфатичні вузли при пальпації не збільшені, безболісні. Молочні залози без патологічних змін. Серцеві тони — звучні, ритмічні. Артеріальний тиск — 130/80 мм рт. ст., пульс — 72 за 1 хв. У легенях — везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичних набряків немає. Функція тазових органів не порушена.

Неврологічний статус: притомна, контактна, орієнтована у місці та часі. Зіниці D=S, рухи очних яблук у повному обсязі, ністагму немає, конвергенція не ослаблена. Біль при пальпації точки виходу I гілки трійчастого нерва зліва, сліди висипу та зниження чутливості в зоні іннервації I гілки трійчастого нерва зліва. Обличчя симетричне. Язик по середній лінії. Субкортикальні рефлекси не викликаються. Сухожилльні рефлекси D=S з верхніх та нижніх кінцівок без чіткої різниці, сила і тонус м'язів у нормі. У позі Ромберга стійка, координаторні проби виконує задовільно. Менінгеальні знаки, патологічні стопні рефлекси на момент огляду не визначаються. Фізіологічні виправлення в нормі.

Загальний аналіз крові: гемоглобін — 144 г/л, лейкоцити — $4,0 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 16 мм/год. Глюкоза в крові — 4,6 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: питома вага — 1014, білок, глюкоза — не визначається, лімфоцити — 1—3 у полі зору, незначна кількість епітелію.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 65 г/л, білірубін загальний — 12,8 мкмоль/л, прями — 12,8 мкмоль/л, сечовина — 4,1 ммоль/л.

ЕКГ: ритм синусовий, регулярний, вісь серця горизонтальна, варіант нормальної ЕКГ. Аналіз крові (сироватка) на вірус *Herpes zoster* IgG та вірус *Varicella zoster* IgM — негативні. Транскраніальна доплерографія магістральних артерій голови: ознаки незначного звуження і асиметрії кровообігу по хребтових артеріях.

Консультація офтальмолога: підтверджений діагноз.

Діагноз: Гострий герпетичний гангліоневрит I гілки трійчастого нерва зліва. Помірно виразний больовий синдром. Дисциркуляторна енцефалопатія 1 ст., астено-невротичний синдром.

Після проведеного лікування виписана з поліпшенням через 11 днів.

Рекомендовано: нагляд невропатолога за місцем проживання, раціональний режим праці, відпочинку та харчування.

У нашому спостереженні випадків герпетичного гангліоневриту трійчастого нерва переважали пацієнти з ураженням I гілки. Очний нерв — найтонший серед гілок і найбільш слабко мієлінізований, що зумовлює його найчастіше ураження при герпетичному гангліоневриті. Гілки V пари черепних нервів мають анастомози між собою: слъзозовий нерв (I гілка) сполучається з виличним нервом (II гілка), що спричиняє поширення болю у ділянках обличчя. Відзначено тісний зв'язок трійчастого нерва з лицьовим, що при герпетичному ураженні виявляється зниженням тригемінофасіального рефлексу з уповільненням відповіді скорочення м'язів на подразнення.

Серед обстежених хворих переважали жінки з правобічною локалізацією ураження, другої половини життя, що відповідає літературним даним. Гендерні особливості, можливо, пов'язані з особливостями жіночого черепа, який у цілому має менший розмір, менший об'єм придаткових пазух носа і меншу величину очниць, правий підочномковий канал вузкий, ніж лівий. Частіше ураження осіб похилого віку пояснюється розвитком атеросклеротичного процесу.

Виразний місцевий біль домінував у всіх групах пацієнтів. Скарги на пекучий місцевий біль були характернішими для хворих з ураженням I гілки трійчастого нерва. Ниючий і стріляючий характер болю частіше траплявся у пацієнтів похилого віку. Відчуття виразного свербіжу на тлі болю було не рідкісним в осіб молодого віку з ураженням I гілки і хворих похилого віку з ураженням II і III гілки. Гіперестезія у ділянці ураження домінувала над гіпестезією. Місцевий біль при оперізувальному герпесі виникає зазвичай у продромальний період (70—80%) і триває близько 30 днів до

зникнення висипу. У більшості випадків висипанню передують відчуття печіння та свербіжу. Виникнення болю у продромальний період, а також алодинії збільшують ризик виникнення постгерпетичної невралгії.

Діагноз герпетичного кератоувеїту як наслідку ураження I гілки трійчастого нерва частіше встановлювали у пацієнтів молодого віку, тоді як набряк повік — однаково часто у вікових групах. Запалення рогівки у 50% випадків має герпетичну етіологію. У 25% пацієнтів воно виникає повторно протягом року. Рогівковий синдром при кератиті характеризується слъзотечею, світлобоязню, спазмом повік, гіперемією ока, болем та відчуттям чужорідного тіла в оці. Часто герпетичний кератит поєднується з гострим кон'юнктивітом і навколоушним лімфаденітом.

Виразну емоційну лабільність продемонстрували молоді жінки. Вестибуло-атактичний синдром, як і ознаки інтелектуально-мнестичного зниження, очікувано були виявлені в осіб похилого віку. Інтелектуально-мнестичне зниження було виразним у чоловіків. Схожі дані отримано і щодо субкортикальних рефлексів, хоча їх виявляли і у пацієнтів молодшого віку.

Майже у половини хворих при госпіталізації за реєстровано підвищення ШОЕ у загальному аналізі крові. За даними літератури, виразні загальноінфекційні ознаки виявляють лише у 20% пацієнтів, але запальну реакцію крові, за даними нашого дослідження, реєстрували часто, переважно — збільшення ШОЕ. Згідно з даними ЕКГ, дифузні метаболичні зміни міокарда мали місце не лише у пацієнтів похилого віку, а й у відносно молодих осіб. Це може бути наслідком інфекційного процесу, перевтоми, порушення процесів обміну речовин, гіповітамінозів, мальабсорбції тощо. Рекомендації після виписки зі стаціонару мають обов'язково враховувати ці дані.

Висновки

Проблема герпетичного ураження трійчастого нерва, незважаючи на лікування сучасними проти-герпетичними засобами, залишається актуальною.

Клінічні спостереження підтвердили ураження здебільшого I гілки трійчастого нерва та переважання серед хворих жінок похилого віку з правобічними симптомами.

У клінічній картині на тлі типових висипів домінує виразний пекучий місцевий біль, який супроводжується свербіжем та гіперестезією. Незважаючи на інколи відкладену госпіталізацію внаслідок спроб амбулаторного або самостійного лікування, загальний аналіз крові часто виявляє маркери запалення. Комплексність і варіабельність скарг та результатів обстеження можна пояснити переважно похилим віком пацієнтів.

Конфлікту інтересів немає.

Література

1. Никитин К. А., Алексеева Д. А., Паникаровская М. М. Поражение тройничного нерва при герпетической инфекции в оториноларингологии // Вестн. оториноларингологии. — 2016. — 81(4). — С. 19—21. doi: <https://doi.org/10.17116/otorino201681419-21>.
2. Максимова М. Ю., Синева Н. А., Водопьянов Н. П. Невралгия (невропатия), обусловленная опоясывающим герпесом // Терапевтический архив. — 2014. — 86(11). — Р. 93—99. PMID: 25715496.
3. Мальцев Д. В. Системи інтрагангліонарного та інтранейронального контролю над латентними α -герпесвірусами у сенсорних гангліях периферичної нервової системи // Український неврологічний журнал. — 2019. — № 2—3. — С. 12—21. doi: <https://doi.org/10.30978/UNJ2019-2-12>.
4. Пирадов М. А., Максимова М. Ю., Синева Н. А. Болезненная невропатия тройничного нерва, обусловленная опоясывающим герпесом // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2017. — 11(1). — С. 62—67.
5. Сорокин Ю. Н. Герпетические поражения периферической нервной системы. Лекция (первое сообщение). Общее представление и клинические проявления // МНЖ. — № 1(71). — 2015. — С. 148—154.
6. Филатова Т. Г. Герпесвирусная инфекция: учебное пособие. — Петрозаводск: Ид-во ПетрГУ, 2014. — 51 с.
7. Attal N., Cruccu G., Baron R. et al. EFNS Guidelines on the pharmacological treatment on neuropathic pain: 2010 revision // Eur. J. Neurol. — 2010. — 17(9). — P. 1113-e88. PMID: 20402746. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x.

Г. Г. СИМОНЕНКО

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Опыт наблюдения больных герпетическим ганглионевритом в условиях неврологического стационара

Цель — оценить клинические, лабораторные и функциональные показатели пациентов с герпетическим ганглионевритом тройничного нерва в условиях неврологического отделения.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 43 пациентов (26 (60,5%) женщин и 17 (39,5%) мужчин) с диагнозом герпетического ганглионеврита тройничного нерва, установленным по клинической картине, результатам общего анализа крови и мочи, биохимического исследования крови, электрокардиографии, ультразвукового исследования магистральных артерий головы, органов брюшной полости и малого таза, реоэнцефалографии.

Результаты. Из 43 госпитализированных пациентов у 31 (72,1%) была поражена только I ветвь (64,5% женщин и 35,5% мужчин), у 9 (20,9%) — II ветвь, у 3 (7,0%) — III ветвь тройничного нерва. Преобладали лица старше 46 лет (86,0%). Правостороннее поражение наблюдали в 22 (51,2%) случаях, левостороннее — в 21 (48,8%). Женщины имели преимущественно правостороннее поражение (16 (61,5%)), мужчины — левостороннее (11 (64,7%)). Основной жалобой, кроме сыпи, была местная лицевая боль, которая преимущественно имела жгучий характер (24 (55,8%)) с одновременным зудом (15 (34,9%)). Выраженная боль имела место в 23 (53,5%) случаях, умеренная — в 14 (32,6%), легкая — в 6 (13,9%). Гиперестезия сопровождала боль у 28 (65,1%) больных, гипестезия — у 6 (14,0%). При вовлечении I ветви у 9 (29,0%) пациентов наблюдали герпетический кератоувеит. У 17 (54,8%) больных имел место отек окологлазничного участка. У пожилых пациентов зарегистрировали интеллектуально-мнестическое снижение (45,0%), положительные субкортикальные рефлексy (46,5%), умеренные координаторные нарушения (34,9%). Из данных общих и функциональных исследований внимание привлекло увеличение скорости оседания эритроцитов (39,5%), а также метаболические изменения миокарда на электрокардиограмме (65,1%). В старшей возрастной группе среди сопутствующих заболеваний доминировали дисциркуляторная энцефалопатия (45,0%), гипертоническая болезнь (40,0%), сахарный диабет 2 типа (25,0%), остеопороз позвоночника (20,0%).

Выводы. Клинические наблюдения герпетического поражения подтвердили поражение в основном I ветви тройничного нерва и преобладание среди больных пожилых женщин с правосторонними симптомами. В клинической картине на фоне типичных высыпаний доминирует выраженная жгучая местная боль, которая сопровождается зудом и гиперестезией. Несмотря на иногда отложенную госпитализацию вследствие попыток амбулаторного или самостоятельного лечения, общий анализ крови часто выявляет маркеры воспаления. Комплексность и вариабельность жалоб и результатов обследования можно объяснить преимущественно преклонным возрастом пациентов.

Ключевые слова: герпетический ганглионеврит тройничного нерва, герпетический кератоувеит, увеличение скорости оседания эритроцитов, метаболические изменения в миокарде.

H. H. SYMONENKO

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Experience of patients with herpetic ganglioneuritis observation in the neurological hospital

Objective — to evaluate the clinical, laboratory and functional parameters of patients with herpetic trigeminal ganglioneuritis in the neurological department.

Methods and subjects. The case anamnesis of 43 patients (26 (60.5%) female and 17 (39.5%) male) with a diagnosis of herpetic trigeminal ganglioneuritis were retrospectively analyzed: clinical presentation, data on general blood and urine tests, biochemical blood tests, electrocardiography, ultrasound examination of the main arteries of the brain, organs of the abdominal cavity and small pelvis, rheoencephalography.

Results. Out of 43 hospitalized patients, 31 (72.1%) had lesion of the first branch (64.5% of women and 35.5% of men), 9 (20.9%) had lesion of the second branch, and 3 (7.0%) — III branch of the trigeminal nerve. Patients older than 46 years predominated (86.0%). In general, right-sided lesion was observed in 22 cases (51.2%), left-sided — in 21 (48.8%) cases. In women, right-sided lesions prevailed (16 patients — 61.5%), while in men — left-sided lesions (11 patients — 64.7%). The main complaint, in addition to rashes, was local pain, which was mainly of a burning character (24 patients — 55.8%) with simultaneous itching (15 patients — 34.9%). Severe pain was observed in 23 (53.5%), moderate in 14 (32.6%) and mild in 6 cases (13.9%). Hyperesthesia accompanied pain in 28 (65.1%) cases, while only 6 (14.0%) patients demonstrated hypoesthesia. In the case of involvement of the I branch, herpetic kerato-uveitis was registered in 9 (29.0%) cases. Edema of the periocular region was observed in 17 patients (54.8%). In the case of elderly patients, intellectual and mind functions decrease (45%), positive subcortical reflexes (46.5%), and moderate coordination disorders (34.9%) were observed. Among the general and functional analyses carried out, attention was drawn to an increase ESR (39.5%), as well as metabolic changes in the myocardium on the ECG (65.1%). In the case of older age group, comorbidities were dominated by bychronic cerebrovascular accident (45%), arterial hypertension (40.0%), type 2 diabetes mellitus (25.0%), and osteochondrosis (20.0%).

Conclusions. In the case of herpetic lesions, clinical observations confirm the predominant lesion of the I branch of the trigeminal nerve, more marked predominance of elderly women with right-sided symptoms in the pathological process was observed. Beside the background of typical rashes, severe baking local pain, accompanied by itching and hyperesthesia, dominates in the clinical picture. Despite sometimes delayed hospitalization due to attempts at outpatient or self-treatment, a general blood analysis often reveals markers of inflammation. The complexity and variability of complaints, as well as examination results, can be mainly explained by the elderly age of patients.

Key words: herpetic trigeminal ganglioneuritis, herpetic kerato-uveitis, accelerated erythrocyte sedimentation rate, metabolic changes in the myocardium.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Симоненко Г.Г. Досвід спостереження хворих на герпетичний гангліоневрит в умовах неврологічного стаціонару // Український неврологічний журнал. — 2021. — №3—4. — С.42—48. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-3-42>.

Symonenko H.H. Experience of patients with herpetic ganglioneuritis observation in the neurological hospital (in Ukrainian). Ukrainian Neurological Journal. 2021;3—4:42-48. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-3-42>.