Опоясывающий лишай и постгерпетическая невралгия

Краткий протокол ведения пациентов в практике семейного врача.

Ассоциация врачей общей практики РФ
Подготовлен в рамках проекта
"Развитие первичной медицинской помощи по принципу семейного врача"
И. Н. Денисов, В. В. Власов, Т. Дедеу, Ж. Жене и др.

Опоясывающий лишай развивается в результате реактивации вируса varicella-zoster, находящегося в спинномозговых ганглиях у тех, кто ранее перенес ветряную оспу. Причина реактивации вируса в большинстве случаев неизвестна, чаще наблюдается при иммунодефиците.

Заболеваемость составляет 34:10000 в год. Болеют люди любого возраста, но чаще - старше 50 лет.

Типичный пациент с опоясывающим лишаём.

Женщина 59 лет предъявляет жалобы на боли в правой поясничной области жгучего характера, слабость, повышение температуры до 38°С, плохой сон.

Симптомы опоясывающего лишая

Начало заболевания острое, начинается с корешковой боли и гиперестезии в зоне иннервации пораженного ганглия, лихорадка, симптомы интоксикации

Через несколько дней в зоне иннервации одного или двух соседних спинномозговых корешков появляется сыпь. Чаще сыпь локализуется в зоне иннервации межреберных и тройничного нервов.

Сыпь при опоясывающем лишае представлена папулами, расположенными на инфильтрированном и гиперемированном основании. Папулы быстро (18-24 ч) превращаются в болезненные везикулы и пузыри, ограниченные четкой демаркационной зоной, а они в свою очередь – в пустулы. Затем формируются корки, которые к 10-14 суткам болезни начинают отделяться, оставляя участки гипопигментации. В среднем высыпания исчезают в течении 2-4 недель, боль может сохраняться в течении недель и месяцев.

Поражение, как правило, одностороннее

Наблюдается увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов

Признаки наличия серьезных проблем

- Диссеминированное поражение кожи при наличии синдрома иммунодефицита
- Поражение тройничного (гассерова) узла, сопровождающееся высыпаниями на слизистых оболочках глаза, носа, коже лица, нередко с вовлечением глазного яблока (глазаная форма опоясывающего лишая)
- Наличие симптомов поражения периферических нервов (мышечная слабость, периферический парез мышц)
- Тяжелая постгерпетическая невралгия, особенно у лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями
- Наличие симптомов менингоэнцефалита (наблюдается редко)

Ведение пациента с опоясывающим лишаём

Диагноз опоясывающего герпеса

Физикальное исследование – осмотр, локализация высыпаний, определение стадии процесса.

Диагностические тесты бывают необходимы редко. Такие исследования как:

- электронная микроскопия отделяемого везикул,
- выявление нарастающих титров АТ (в парных сыворотках) в РПГА (реакция пассивной гемаглюттинации) или реакции нейтрализации

могут подтвердить диагноз.

Дифференциальная диагностика опоясывающего лишая: синдром острой боли в груди (особенно в межреберных промежутках)

- инфаркт миокарда,
- плеврит,
- холецистит;
- первичное инфицирование вирусом простого герпеса

Желательна постановка диагноза на ранних стадиях заболевания во избежание необоснованных диагностических тестов

Контагиозность: возможна передача возбудителя опоясывающего герпеса в буллезную фазу; следует избегать контакта с детьми, получающими противоопухолевую терапию; при контакте с больным опоясывающим лишаем ребенку следует ввести varicella-zoster-Ig.

При наличии признаков серьезных проблем

- Срочная консультация соответствующего специалиста (невропатолог, инфекционист, офтальмолог и др.)

Абсолютные показания к назначению противовирусной терапии при опоясывающем лишае:

- всем пациентам с высыпаниями по ходу ветвей тройничного нерва;
- пациентам с симптомами средней тяжести и не позднее 3-х суток от начала заболевания;

- пациентам с иммунодефицитными состояниями назначать противовирусную терапию и по истечении 3-х дней с начала заболевания.

При отсутствии признаков серьезных проблем

Относительные показания к назначению противовирусной терапии:

- больные старше старше 60 лет в связи с более тяжелым течением заболевания;
- больные молодого возраста при тяжелом течении заболевания, наличии осложнений, требующем госпитализации;

Противовирусная терапия

- Ацикловир внутрь 800 мг 5 р/сут х 5 дн.
- Фамцикловир внутрь 250 мг 3р/сут (750 мг 1 р/сут) х 7 дн.
- Валацикловир внутрь 1 г 3 р/сут х 7 дн.
- Пациенты с сопутствующим иммунодефицитом – ацикловир 10 мг/кг каждые 8 ч х 10 дн. в/в медленно

Побочные эффекты: расстройства ЖКТ, сыпь, головная боль, преходящее повышение концентрации печеночных трансаминаз.

Местное применение ацикловира в виде крема или мази малоэффективно.

Постгерпетическая невралгия

У большинства больных после исчезновения высыпаний сохраняются локальные боли, которые у пожилых больных могут длиться годами.

Назначение противовирусной терапии в ранние сроки заболевания может предотвращать или уменьшать тяжесть постгерпетической невралгии (рекомендация уровня А).

Для облегчения болевого синдрома сначала назначают нестероидные противовоспалительные средства, а затем – при их неэффективности, назначают трициклические антидепрессанты:

- Амитриптилин внутрь 25-50 мг однократно вечером больным с кожной гиперестезией или с непрекращающейся болью (рекомендация уровня А)
- Карбамазепин внутрь 100 мг 2 р/сут при болях колющего характера; возможно увеличение дозы до 200 мг 3 р/сут в течение 2 нед (при отсутствии эффекта от максимальной дозы в течение недели, прием препарата следует прекратить).

Для пациентов с постгерпетической невралгией трициклические антидепрессанты являются препаратами выбора.

Реже используют инъекции кортикостероидов и местных анальгетиков в пораженные участки, блокады нервов.

Литература

1. CD-ROM databases of EBM Guidelines. The Finnish Medical Society. Duodecim Medical Publications Ltd. Volume #2, 2002.
2. M. Longmore, I. Wilkinson, E. Torok. Oxford handbook of clinical medicine. 5th edition. Oxford Universuty Press, 2002, p. 570.
3. Формулярное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск V. М: «ЭХО», 2004.
4. Справочник путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я/ Под ред. И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-МЕДб 2003, с. 572-773.

Первоисточник: www.fammed.ru