

Б.А. Исабаев, А.Б. Рахматов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент

Лечение и профилактика постгерпетической невралгии

Изучены клинические проявления у 137 больных с различными формами опоясывающего лишая. С целью уменьшения болевого синдрома и профилактики постгерпетической невралгии в комплексной терапии использован амантадина сульфат.

Ключевые слова

Опоясывающий лишай, постгерпетическая невралгия, лечение, профилактика.

В последние годы отмечается значительное увеличение заболеваемости вирусными дерматозами, включая опоясывающий лишай. При этом опоясывающий лишай качественно изменил не только свои клинические проявления, но и частоту развития постгерпетической невралгии (ПГН), длительно протекающей и снижающей качество жизни больных [1, 2, 10].

Вирус *Varicella zoster* — один из восьми представителей семейства герпесвирусов, способных поражать организм человека. Согласно вирусной токсономии, разработанной в 1999 году, он относится к роду *Herpes viridae* как вирус герпеса III типа [2, 10].

Varicella zoster содержит ДНК с нуклеотидом иксоидального типа симметрии. Геном состоит из линейной двойной ДНК с молекулярной массой до $80-130 \cdot 10^9$ Д. Около 70 % ДНК составляют гуанин и цитозин. Вирус имеет сложное строение, нуклеокапсид окружает липидная оболочка с гликопротеиновыми шипами. Между нуклеокапсидом и оболочкой располагаются протеины и ферменты, которые создают дополнительный волокнистый слой, или *tegument*. Диаметр вириона колеблется от 150 до 200 нм. В качестве типоспецифических антигенов выступают гликопротеины наружной оболочки. Репликация вируса происходит, как и при других герпесвирусных инфекциях. Взаимодействуя с рецепторами клеток, *Varicella zoster* проникает в цитоплазму, где и запускается продуктивный тип инфекционного процесса. Деление вируса про-

исходит непосредственно в ядре клетки *Varicella zoster* [2, 10].

Варианты клинического течения опоясывающего лишая являются объектом изучения таких дисциплин как дерматология, инфекционные болезни, неврология, офтальмология, гастроэнтерология и педиатрия [4, 7, 9, 12].

Классическая клиническая картина заболевания характеризуется появлением на фоне эритемы островоспалительного характера, сгруппированных везикулезных элементов по ходу пораженного нерва и неврологическими болями различной интенсивности. Следует указать, что болевые ощущения чаще всего предшествуют высыпаниям на коже, нередко симулируют такие заболевания как стенокардия, почечная колика, пневмония и другие. Кожные проявления регрессируют на коже в среднем 1–2 нед, хотя болевые ощущения некоторое время еще могут сохраняться. В типичном течении опоясывающий лишай характеризуется появлением болезненности в очагах поражения, иногда резко выраженного характера, что следует учитывать при выборе адекватной терапии [4, 7, 12].

В этой связи необходимо указать, что боль при опоясывающем лишае имеет нейропатический характер, она может блокироваться антагонистами рецепторов глутамата, являющихся основными медиаторами боли [8, 9, 12].

В зависимости от клинических проявлений, тяжести течения, а также исходов заболевания выделяют две основные клинические формы

опоясывающего лишая: локализованную и генерализованную (диссеминированную). Геморрагическую, некротическую, буллезную и другие формы рассматривают как атипические формы дерматоза [4, 7, 12].

В последние годы значительно изменились и расширились терапевтические возможности лечения опоясывающего лишая, появились противовирусные препараты как системного, так и местного действия, хотя, согласно литературным данным [3, 6, 11, 13, 14], только 15–20 % больных указанным дерматозом получают адекватное лечение.

При вирусных дерматозах базисной терапией являются, несомненно, противовирусные препараты, основным из которых является ацикловир, появившийся на фармацевтическом рынке в 1981 году и сегодня не утративший актуальности [3, 6, 9, 15].

Материалы и методы

Под наблюдением находились 137 больных опоясывающим лишаем в возрасте от 12 до 75 лет. Диагностированы следующие формы дерматоза: везикуло-пустулезная — у 79 (54,6 %), геморрагическая — у 10 (7,3 %), лимфостатическая — у 10 (7,3 %), неврологическая — у 9 (6,5 %) и эрозивно-некротическая — у 29 (20,2 %) больных.

В зависимости от проводимой терапии больные опоясывающим лишаем были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, давности и клиническим формам заболевания: I группа (44 больных) получала только противовирусный препарат ацикловир; II группа (33 больных) — только амантадина сульфат; III группа (60 больных) — ацикловир в сочетании с амантадина сульфатом.

Для лечения опоясывающего лишая был использован ацикловир, который назначали больным в дозе 3,2–4,0 г/сут 7–10 дней в зависимости от тяжести заболевания.

Из симптоматической, болеутоляющей терапии использован амантадина сульфат. Методика лечения больных опоясывающим лишаем заключалась в следующем: амантадина сульфат вводили первые 4–5 дней по 500 мл инфузионного раствора 1–2 раза в сут. Затем переходили на таблетированную форму препарата по 100 мг 3 раза в сут в течение 2 нед. Каждое вливание 500 мл амантадина сульфата следует проводить в течение примерно 3 ч (55 капель в мин), хотя это время может быть увеличено при необходимости, прежде всего у пожилых пациентов. Из-за стимулирующего и возбуждающего воздействия инфузии проводили по утрам. Препарат вводят до достижения устойчивого облегчения болевых

ощущений. При таком терапевтическом режиме симптоматика острой боли убывала на 4–5-е сутки. В случаях невозможности стационарного лечения больным назначают амантадина сульфат перорально в дозе 3 · 100 мг, причем продолжительность курса терапии регулируется в зависимости от ответной реакции боли. После устранения этих симптомов через 1–2 нед можно предпринять попытку прекратить лечение. Высыпания на коже регрессировали примерно в 2 раза быстрее при использовании амантадина сульфата. У некоторых больных опоясывающим лишаем компрессы с раствором амантадина сульфата также являлись весьма эффективными. Ни в одном случае у пролеченных пациентов не развилась постгерпетическая невралгия. В этом исследовании терапевтический результат основывался на раннем начале лечения, достаточно высокой дозировке назначенного препарата и продолжении его приема после подавления острой боли.

Результаты и обсуждение

Лечение больных опоясывающим лишаем имело следующие результаты: терапевтический эффект (выздоровление, значительное улучшение) отмечен у 34 из 44 (77,3 %) больных I группы; у 22 из 33 (66,7 %) больных II группы; у 55 из 60 (91,7 %) больных III группы. Наиболее выраженный эффект достигнут у пациентов, получавших комплексное лечение ацикловиром и амантадина сульфатом, наименее выраженный — в случаях монотерапии амантадина сульфатом.

Следует указать, что еще в 1975 году в пилотном исследовании, которое проводили G.S. Varolin и W. Birkmayer, описаны виростатические свойства амантадина сульфата. 31 пациенту с острым опоясывающим лишаем вводили 500 мл инфузионного раствора 1–2 раза в сут. Лечение дополнялось приемом 2–4 таблеток (1 таблетка — 100 мг препарата). Инфузии продолжались до достижения устойчивого облегчения боли, но не более 12 дней, по истечении которых проводилось пероральное лечение с постепенным снижением дозы препарата. При таком терапевтическом режиме симптоматика острой боли убывала за 4–5 дней.

Оценка отдаленных результатов лечения больных опоясывающим лишаем с использованием амантадина сульфата показала, что только у 7 из 102 (6,9 %) сохранялись болевые ощущения после окончания лечения еще в течение 2–3 мес, хотя, согласно литературным данным [8, 9, 12], после стандартного лечения подобная картина отмечалась у 30–40 % пациентов. Это указывает на тот факт, что амантадина сульфат способствует не только быстрому разрешению

клинических проявлений опоясывающего лишая, но и осуществляет профилактику ПГН.

Выводы

Таким образом, опоясывающий лишай как часто встречающееся инфекционное заболевание с кли-

ническим полиморфизмом требует своевременной диагностики и адекватной терапии с включением современных противовирусных препаратов (ацикловир) и болеутоляющего препарата (амантадина сульфат), что позволяет уменьшать риск развития постгерпетической невралгии.

Список литературы

1. Арифов С.С. Герпетические инфекции (этиология, патогенез, клиника, лечение): методические рекомендации.— Ташкент, 2007.— 20 с.
2. Баринский И.Ф., Шубладзе А.Н., Каспаров А.А. Герпес: этиология, диагностика, лечение.— М.: Медицина, 1986.— С. 139—147.
3. Ершов Ф.С., Романцев М.И. Феномены гиперактивности при использовании гомологичных индукторов интерферона // Вестн. дерматол.— 1998.— № 2.— С. 38—40.
4. Исабаев Б.А., Рахматов А.Б. Особенности клинического течения и лечение больных опоясывающим лишаем // Новости дерматологии и венерологии.— 2007.— № 4.— С. 73—75.
5. Копытова Т.В., Химкина Л.Н. Лабораторная диагностика эндоинтоксикации при хронических дерматозах // Клин. лаб. диагностика.— 2000.— № 1.— С. 14—17.
6. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А. Герпес-КМП в лечении герпесвирусной инфекции кожи и слизистых оболочек // Дерматол. и венерол.— 2002.— № 1.— С. 37—40.
7. Лебедюк М.Н., Запольский М.Э. Клинико-эпидемиологические особенности опоясывающего лишая. Определение эффективности препарата «Геверан» в комплексной терапии этой патологии // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 1.— С. 50—54.
8. Медведева О.В. Комплексное лечение больных опоясывающим лишаем полиоксидонием и дейсапантенолом // Вестн. последипл. мед. образования.— 2001.— № 1.— С. 71—72.
9. Петрова Г.А., Павлова Л.Т. Диагностика и лечение опоясывающего лишая: методическое пособие.— Нижний Новгород, 2000.— 26 с.
10. Покровский В.И., Козева Д.К. Медицинская микробиология.— М.: Медицина, 1998.— 1184 с.
11. Проценко Т.В. Современные подходы к профилактике и лечению герпесвирусной инфекции // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3.— С. 39—40.
12. Carrasco D.A., Straten M.V., Tyring S.K. Лечение герпес-зостерной инфекции и постгерпетической невралгии // Рос. журн. кожн.-венерол. болезней.— 2006.— N 1.— С. 28—33.
13. Kimberlin D.W., Whitley R.I. Antiviral resistance: mechanism, clinical significance and future implications // J. Antimicrob. Chemother.— 1996.— Vol. 37, N 6.— P. 403—421.
14. Fyfe I.A., Keller P.M., Furman P. Thymidine kinase from herpes simplex virus phosphorylates the new antiviral compound guanine // J. Biol. Chem.— 1978.— Vol. 253, N 11.— P. 8721—8727.
15. Reardon I.E., Spector T. Herpes simplex virus type 1 DNA polymerase: mechanism of inhibition by acyclovir triphosphate // J. Biol. Chem.— 1989.— Vol. 264, N 8.— P. 7405—7411.

Б.А. Исабаев, А.Б. Рахматов

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии та венерологии
Министерства охраны здоровья Республики Узбекистан, Ташкент*

Лікування та профілактика постгерпетичної невралгії

Вивчено клінічні вияви у 137 хворих з різними формами оперізувального лишая. З метою зменшення болювого синдрому та профілактики постгерпетичної невралгії в комплексній терапії використано амантадину сульфат.

Ключові слова: оперізувальний лишай, постгерпетична невралгія, лікування, профілактика.

B.A. Isabaev, A.B. Rakhmatov

*Republican Specialized Scientific-Practical Medical Centre of Dermatology and Venereology,
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan*

Treatment and prophylaxis of postherpetic neuralgia

Investigation of clinical manifestation different forms of herpes zoster was performed in 137 patients. Amantadine sulfate was used in complex treatment with the purpose of relieving pain syndrome and preventing postherpetic neuralgia.

Key words: herpes zoster, postherpetic neuralgia, treatment, prevention.

Дані про авторів:

Исабаев Баур Авезович,

100109, Республика Узбекистан, м. Ташкент, Алмазарський район, вул. Фаробі, 3. РСНПМЦ дерматології і венерології МОЗ РУз

Рахматов Акрам Баратович, д. мед. н., проф., зав. науково-консультативного відділу РСНПМЦ дерматології і венерології МОЗ РУз