

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ
ПО ДАННЫМ ДОНЕЦКОГО ГККВД № 1 В 2004-2009 ГГ.**

В.Н.Романенко, К.В.Романенко, Ю.С.Человьян

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Опоясывающий лишай (ОЛ) возникает при реактивации вируса Varicella-zoster (VZV) в черепно-спинномозговых ганглиях. Инфекция распространяется по ходу нервов в иннервируемые ими участки кожи – дерматомы. Характерна острая односторонняя боль, вслед за которой появляется сыпь – везикулы или пузыри. Основное осложнение – постгерпетическая невралгия (сохранение болевого синдрома через 3 месяца после возникновения или заживления высыпаний (ПГН). Мы проанализировали заболеваемость ОЛ по данным стационара Донецкого ГККВД №1 за 5 лет (2005-2009 гг.) раздельно у мужчин (93 человек) и женщин (80 человек). В возрасте до 20 лет ОЛ развился у 4 мужчин (3 женщин), от 21 до 30 лет – у 15 (17), от 31 до 40 лет – у 21 (16), от 41 до 50 лет – у 16 (12), от 51 до 60 лет – у 13 (17), от 61 года и старше – у 24 (20), то есть, ОЛ может возникнуть в любом возрасте, но чаще – у пожилых пациентов, как мужчин так и женщин, в любое время года. Так, помесечная заболеваемость составила: в январе – 8 мужчин (6 женщин), в феврале – 12 (5), в марте – 11 (8), в апреле – 3 (9), в мае – 9 (3), в июне – 11 (16), в июле – 5 (7), в августе – 14 (5), в сентябре – 8 (8), в октябре – 7 (2), в ноябре – 2 (6), в декабре – 3 (10) человек. На переохлаждение до начала ОЛ указали 65 (66) человек и отрицали его 29 (19). Традиционно среди факторов риска, способствующих реактивации VZV с последующим развитием ОЛ, прежде всего называют пожилой возраст и любые заболевания (состояния), которые сопровождаются снижением клеточного иммунитета (лейкемия, лимфома, ВИЧ и др.), а также психический стресс и физическая травма. Находилось в стационаре до 10 к/дней – 10 (13), от 11 до 20 к/дней – 53 (49), от 21 до 30 к/дней – 25 (22), свыше 30 к/дней – 3 (1) человек. Длительное пребывание в стационаре ряда больных было связано с поражением нескольких дерматомов, наличием обильных высыпаний и инфекции ВИЧ у 7 мужчин. В 90% случаев появлению сыпи предшествовал выраженный болевой синдром в области того дерматома, где затем и появлялись через 1-3-5 дней высыпания в виде везикул и пустул (172 человека) и пузырей (1 человек) на эритематозной и отечной коже. У 2 больных была язвенно-некротическая форма ОЛ. Констатировано поражение следующих дерматомов: V₁-V₃ – у 12 (6) в том числе с герпетическим кератитом у одного, С₂ – у 2 (1), С₃-С₄ – у 11 (9), С₅ – у 3 (6), Т₄-Т₈ – у 29 (20), Т₁₀ – у 16 (18), Т₁₂ – у 3, L₂ – у 1 (2) и S₄ – у 1 (2) человек в согласовании с данными литературы, что в 50-70 случаев проявления ОЛ локализуются в верхней половине туловища, от 10 до 20% – в области головы, шеи или поясницы и в 2-8% – в крестцовой области. Главной целью терапии ОЛ, особенно у пожилых, является уменьшение болевого синдрома и предупреждения ПГН. Подавляющее большинство больных (92%) лечилось ацикловиром различных фармацевтических фирм по 1-2 табл. 2-3 раза в день в течение 7 дней, местно – смазывание фукоцином или мазью ацикловира, однако у 13 больных отмечена постгерпетическая невралгия (ПГН).

Таким образом, с целью предупреждения ПГН необходимо как можно более рано назначать противовирусную терапию ОЛ, желателно используя, особенно у пожилых людей валакцикловир (вальтровир) по 1000 мг 3 раза в день в течение 7 дней.