

## ОПЕРІЗУЮЧИЙ ЛИШАЙ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ЛІКУВАННЯ

Дащук А.М., Добржанська Є.І., Дащук А.А.

*Харківський національний медичний університет*

**Ключові слова:** оперізуючий лишай, клініка, постгерпетична невралгія, лікування

Оперізуючий лишай зазвичай вражає шкіру одного дерматома, зустрічається протягом життя від 10% до 20% всіх людей. Хворіють люди різного віку, це відбувається регулярно у молодих людей, а захворюваність збільшується з віком у міру ослаблення імунітету Т-клітин до вірусу. Пацієнти з Т-клітинною імуносупресією наражаються на більший ризик. Існує підвищена частота виникнення оперізуючого лишая у нормальних дітей, які набувають вітряної віспи у віці до 2 місяців. Оперізуючий лишай може бути ранньою клінічною ознакою розвитку СНІДу. Він є результатом реактивації вірусу вітряної віспи, який проник у нерви під час раннього епізоду вітряної віспи, потрапив у ганглії дорсального корінця і залишився у прихованій формі. Вік, імуносупресивні препарати, лімфома, втома, емоційні розлади та променева терапія беруть участь у реактивації вірусу, який згодом переміщується назад по сенсорному нерву, викликаючи висипання на шкірі. Деякі пацієнти, особливо діти з оперізуючим лишаєм, не хворіли на вітряну віспу. Вони могли заразитися вітряною віспою по трансплацентарному шляху. Реактивація вірусу зазвичай відбувається один раз у житті; частота другого нападу не перевищує 5%.

Літні люди схильні до більшого ризику розвитку сегментарного болю, який може тривати протягом декількох місяців після загоєння уражень шкіри.

Клініка. Передеруптивний біль (передгерпетична невралгія), свербіж або печіння, які зазвичай локалізуються на дерматомі, передують висипанням на 4-5 днів. Повідомлялося про тривалий період болю (від 7 до 100 днів). Біль може симулювати плеврит, інфаркт міокарда або мігрень і може становити складну діагностичну проблему. Передопераційна болючість або гіперестезія по всьому дерматому є гарною діагностичною прогностичною ознакою. Герпетична невралгія відноситься до сегментарної невралгії без шкірного висипання і трапляється рідко. Конституційні симптоми лихоманки, головного болю та нездужання можуть передувати висипанню на кілька днів. Може бути регіонарна лімфаденопатія. Сегментарний біль і симптоми поступово вщухають, коли з'являється і розвивається висип. Продромальні симптоми можуть бути відсутні, особливо у дітей.

Висипання починаються з червоних, набряклих бляшок різних розмірів і поширюються на частину або весь дерматом. Везикули виникають у скупченнях на еритематозному фоні і стають каламутними з гнійним вмістом на 3 або 4 дні. У деяких випадках везикули не утворюються або настільки малі, що їх важко побачити. Везикули різняться за розміром, на відміну від накопичення пухирців однакового розміру, як у простого герпесу. Послідовні висипання з'являються протягом 7 днів. Везикули розкриваються з утворенням скоринки, яка відходить через 2-3 тижні. У літніх чи ослаблених пацієнтів може бути тривалий та важкий перебіг. Для них висипання зазвичай більші та запальні, іноді з геморагічними пухирцями, некрозом шкіри, вторинною бактеріальною інфекцією або великим рубцюванням, яке іноді є келоїдним. Хоча зазвичай це обмежується шкірою одного дерматома, висипання можуть включати один або два сусідні дерматоми. Зрідка кілька пухирців з'являються по середній лінії. Висипання рідко трапляється на двосторонніх симетричних дерматомах. Приблизно у 50% пацієнтів з неускладненим оперізуючим лишаєм спостерігається віремія з появою від 20 до 30 пухирців, розкиданих по поверхні шкіри поза ураженим дерматомом. Можливо, тому що вітряна віспа доцентрова (розташована на тулубі), грудна область зазвичай уражена у двох третинах випадків оперізуючого герпесу. Приступ оперізуючого герпесу не дає тривалого імунітету, і можливо, хоч і дуже рідко, мати два або три епізоди в житті.

Біль, пов'язаний з гострою зостериформною або постгерпетичною невралгією (ПГН), є невропатичним і виникає внаслідок пошкодження периферичних нервів та зміни обробки сигналів центральної нервової системи. Після травми периферичні нейрони мимоволі розряджаються, мають нижчі пороги активації та демонструють величні реакції на подразники. Відростання аксонів після травми призводить до утворення нервових відростків, які також схильні до неспровокованих змін. Вважається, що надмірна периферична активність призводить до підвищеної збудливості дорсального рогу, що призводить до збільшення реакції центральної нервової системи на всі впливи. Ці зміни можуть бути настільки складними, що жоден терапевтичний підхід не зможе покращити всі відхилення.

Оперізуючий лишай після імунізації проти вітряної віспи

Оперізуючий лишай може бути рідше після імунізації, ніж після природної інфекції. Захворюваність на оперізуючий лишай у дітей з лейкомією, які отримують вакцину, нижче, ніж у дітей з лейкомією, у яких була звичайна вітряна інфекція.

Оперізуючий лишай та ВІЛ-інфекція

Оперізуючий лишай може бути ранньою клінічною ознакою розвитку СНІДу. Захворюваність на оперізуючий герпес значно вища серед ВІЛ-серопозитивних пацієнтів. Ризик оперізуючого герпесу не

пов'язаний із тривалістю ВІЛ-інфекції та не є предиктором швидшого розвитку СНІДу.

Оперізуючий лишай під час вагітності

Оперізуючий герпес під час вагітності, чи відбувається він рано чи пізно під час вагітності, мабуть, не чинить шкідливого впливу ні на матір, ні на дитину.

Офтальмологічний зостер

Герпес *zoster ophthalmicus* має везикулярне та еритематозне ураження дерматома п'ятого черепного нерва, чола та верхньої повіки. Трійчастий нерв має три відділи: очний, верхньощелепний та нижньощелепний. Офтальмологічний поділ далі ділиться на три основні гілки: лобові, слізні та носо-війкові нерви. Залучення будь-якої гілки офтальмологічного нерва називається *ophthalmicus herpes zoster*. Це становить від 10% до 15% всіх випадків оперізуючого лишая. Ураження очної гілки п'ятого черепного нерва зустрічається в п'ятеро частіше, ніж ураження верхньощелепних або нижньощелепних гілок.

Головний біль, нудота і блювання є продромальними симптомами. Іпсилатеральне передаурикулярне і іноді субмаксиллярне вузлове ураження є поширеною продромальною подією. Реактивна лімфаденопатія може виникнути пізніше за вторинної інфекції везикул. Офтальмологічна гілка п'ятого черепного нерва направляє гілки в тенторіум і до третього і шостого черепних нервів, що може пояснювати менінгеальні ознаки і іноді параліч, пов'язаний з офтальмологічним оперезуючим лишаєм. Висипка простягається від рівня очей до вершини черепа, але не перетинає середню лінію. Герпес *zoster ophthalmicus* може бути обмежений певними гілками трійчастого нерва. Кінчик і сторона носа та очі іннервуються носо-фоліальною гілкою трійчастого нерва. Везикули на боці або кінчику носа (ознака Хатчінсона), що виникають під час епізоду оперізуючого лишая, пов'язані з найбільш серйозними очними ускладненнями, включаючи кон'юнктивальні, рогівкові та склеральні захворювання. Залучення інших сенсорних гілок трійчастого нерва призведе до участі periокулярного ураження, але позбавить очне яблуко від ураження. Гострий біль виникає у 93% пацієнтів та зберігається у 31% пацієнтів через 6 місяців. У пацієнтів віком 60 років і більше біль зберігається у 30% протягом 6 місяців або довше, і ця цифра зростає до 71% у осіб віком 80 років і більше.

У 20%–72% хворих розвиваються очні ускладнення. Найбільш поширені передній увеїт та різні різновиди кератиту, що вражають відповідно 92% та 52% пацієнтів з ураженням очей. Можливі ускладнення включають нейропатичний кератит, перфорацію, вторинну глаукому, синдром заднього склериту/орбітального апексу, неврит зорового нерва та гострий некроз сітківки. У 28% спочатку уражених очей розвивається тривале очне захворювання (6 місяців),

при цьому найбільш поширеними є хронічний увеїт, кератит та нейропатична виразка.

Лікування пероральними противірусними препаратами знижує ступінь виразності шкірних висипань, частоту та ступінь виразності пізніх уражень очей. Через 6 місяців пізні запальні очні ускладнення спостерігаються у 29,1% пацієнтів, які отримували ацикловір, порівняно з 50-71% пацієнтів, які не отримували лікування. Офтальмологічна мазь 3% ацикловіру може використовуватись для встановлених очних ускладнень.

Оперізуючий лишай ганглія (синдром Рамсея Ханта) - це параліч периферичних лицьових нервів, що супроводжується везикулярним висипом на вусі (оперізуючий лишай) або в роті. Це викликано ураженням оперізуючим лишаєм ганглія. Інші часті ознаки та симптоми включають дзвін у вухах, втрату слуху, нудоту, блювання, запаморочення та ністагм. Ці особливості восьмого черепно-мозкового нерва обумовлені безпосередньою близькістю генікулюючого ганглія до вестибулокохлеарного нерва всередині кісткового лицьового каналу. Параліч Белла (лицьовий параліч без висипу) значною мірою пов'язаний із вірусною інфекцією простого герпесу.

Існує ураження сенсорної частини та рухової частини сьомого черепно-мозкового нерва. Може бути одностороння втрата смаку на передніх двох третинах язика, а також везикули на барабанній перетинці, зовнішньому слуховому проході, раковині та вушній раковині. Залучення моторного відділу сьомого черепно-мозкового нерва викликає односторонній лицьовий параліч. Залучення слухового нерва відбувається у 37,2% пацієнтів, що призводить до порушень слуху та запаморочення. Відновлення після моторного паралічу зазвичай завершується, але можлива залишкова слабкість. Синдром також може бути результатом ураження оперізуючим лишаєм дев'ятого або десятого черепно-мозкового нервів, оскільки зовнішнє вухо має складну іннервацію гілками декількох черепно-мозкових нервів.

Порівняно з паралічем Белла (лицьовий параліч без висипу), у пацієнтів із синдромом Рамсея-Ханта часто спостерігається тяжчий параліч на початку, і у них менше шансів на повне одужання. Близько 14% везикул з'являються після появи м'язової слабкості на обличчі. Таким чином, синдром Рамсея-Ханта може бути спочатку невідмінним від паралічу Белла.

У деяких пацієнтів розвивається периферичний параліч обличчя без висипу на вусі або в роті, пов'язаний із чотириразовим підвищенням рівня антитіл до VZV. Це вказує на те, що частина пацієнтів з паралічем Белла насправді має синдром Рамсея-Ханта (оперізуючий лишай без висипу). Лікування цих пацієнтів ацикловіром та

преднізолоном протягом 7 днів від початку покращує результат відновлення після паралічу обличчя.

Сакральний оперізуючий лишай (S2, S3 або S4 дерматоми). Ураження сечового міхура із затримкою сечі була пов'язана з ураженням оперізуючим лишаєм сакрального дерматома S2, S3 або S4. Міграція вірусу до суміжних вегетативних нервів є відповідальною за ці симптоми.

Постгерпетична невралгія.

Біль, що зберігається після оперізуючого лишая, називається постгерпетичною невралгією (ПГН). Це найбільш поширене та найбільш небезпечне ускладнення. Ризик ПГН збільшується з віком (особливо у пацієнтів віком від 50 років) та збільшується у пацієнтів, які відчувають сильний біль або сильний висип під час гострого епізоду або у яких є дерматомальний біль перед появою висипу. Біль часто буває сильним, непереборним і виснажливим. Пацієнт захищає ділянку гіперестезії, щоб уникнути найменшого тиску, який викликає ще одну хвилю болю.

Біль може зберігатися у дерматомі протягом місяців або років після зникнення ураження. Ймовірність тривалого болю у пацієнтів, які не отримували антивірусних препаратів, низька. Незалежно від віку частота виникнення болю становила 19,2% на 1 місяць, 7,2% на 3 місяці та 3,4% на 1 рік. Серед пацієнтів молодше 60 років ризик ПГН через 3 місяці після початку оперізуючого лишая склав 2%, і біль був легким у всіх випадках. Після 60 років частота і вираженість больових відчуттів збільшилися, хоча помірні болючі відчуття були рідкісними через 3 місяці, а сильні болючі відчуття були рідкісними у всі часи. Ймовірність важкого ПГН через 3 місяці у цій віковій групі була менше 7%, а у 12 місяців – менше 3%. За наявності невралгії біль може зберігатися роками, але спонтанна ремісія може виникнути кілька років.

Постгерпетична невралгія пов'язана з рубцюванням ганглія дорсального корінця та атрофією дорсального рогу на ураженому боці. Ці зміни викликані значним запаленням, яке відбувається під час активної інфекції.

У імунокомпетентних пацієнтів можна виявити кілька пухирців, віддалених від ураженого дерматома, і, ймовірно, це є результатом гематогенного поширення вірусу. Поширення уражень на шкірі визначається як понад 20 пухирців поза первинними суміжними дерматомами. Вісцеральна дисемінація (легені, печінка, мозок) зустрічається у 10% пацієнтів із ослабленим імунітетом. Крім того, пацієнти з хворобою Ходжкіна однозначно сприйнятливі до оперізуючого герпесу. Від 15% - 50% пацієнтів з оперізуючим синдромом з активною хворобою Ходжкіна мають поширене захворювання, що зачіпає шкіру, легені та мозок. 10% – 25% цих

пацієнтів помирають. ВІЛ-інфіковані пацієнти з оперізуючим лишаєм мають підвищені неврологічні (наприклад, асептичний менінгіт, радикіуліт та мієліт) та офтальмологічні ускладнення.

Моторний парез. М'язова слабкість в групі м'язів, пов'язана з інфікованим дерматомом може спостерігатися до, під час або після епізоду оперізуючого лишаю. Параліч зазвичай виникає в перші 2-3 тижні після появи висипу і може зберігатися протягом кількох тижнів. Слабкість є результатом поширення вірусу від дорсальних корінкових гангліїв до переднього корінкового рогу. Найчастіше хворіють пацієнти на шостому-восьмому десятилітті життя. Моторні невропатії зазвичай минають, і близько 75% пацієнтів одужують. Вони зустрічаються приблизно в 5% всіх випадків оперізуючого лишаю. Синдром Рамсея-Ханта є причиною більш як половини рухових невропатій головного мозку.

Неврологічні симптоми енцефаліту зазвичай з'являються протягом перших 2 тижнів після появи уражень шкіри. Можливо, що енцефаліт опосередкований імунною системою та не є результатом вірусної інвазії. Найбільшим ризиком є пацієнти з ураженням трійчастого нерва, а також пригніченим імунітетом. Рівень смертності становить від 10% до 20%, більшість тих, хто вижив, повністю одужують. Діагноз утруднюється тим, що вірус рідко виділяється зі спинномозкової рідини. Кількість клітин та концентрація білка в спинномозковій рідині підвищені при енцефаліті та приблизно у 40% типових пацієнтів з оперізуючим лишаєм.

У літніх, виснажених, ослаблених хворих або у пацієнтів з ослабленим імунітетом, як правило, спостерігається більш поширений та тяжкий перебіг процесу. Пухирі, що утворюються, розкриваються з утворенням виразок. Потім з'являються рубці, іноді келоїдні.

Лабораторна діагностика

Діагноз здебільшого ставиться виходячи з клінічної картини. Лабораторне підтвердження зазвичай не потрібне. Лабораторні методи ідентифікації такі ж, як для простого герпесу.

Виявлення клітин Цанка, біопсія шкіри, титри антитіл, імунофлуоресцентні антитіла у везикулярній рідині, електронна мікроскопія та культура клітин із пухирцевої рідини – дослідження, які роблять у складних випадках. Початковим тестом вибору є цитологічний мазок (клітини Цанку). Тест не диференціює простий герпес від вітряної віспи. При фарбуванні гематоксилином-еозином, за Гімзом, Райтом, толудиновим синім або Папаніколау видно багатоядерні гігантські клітини та епітеліальні клітини, що містять ацидофільні внутрішньоядерні включення. Оперізуючий лишай зустрічається приблизно в 7 разів частіше у пацієнтів із ВІЛ. Імунізація вакциною проти вітряної віспи підвищує ослаблений клітинний імунітет у людей похилого віку. Введення живої атенуйованої вакцини

проводиться у віці 60 років та старше. Захворюваність на оперізуючий герпес була на 51% нижчою у вакцинованій групі. Частота постгерпетичної невралгії була на 67% нижчою. Середня тривалість болю серед суб'єктів, у яких розвинувся оперізуючий герпес, була коротшою в групі вакцинованих, ніж у групі плацебо і ступінь болю також була нижчою серед вакцинованих. Вакцина була більш ефективною у профілактиці оперізуючого герпесу серед осіб віком від 60 до 69 років, ніж серед тих, хто був старшим 70 років. Тим не менш, вона запобігала постгерпетичну невралгію переважно серед тих, кому було 70 років і старше, ніж серед тих, хто був від 60 до 69 років.

Разова доза вакцини рекомендується для дорослих віком 60 років і старше, незалежно від того, чи був у них попередній епізод оперізуючого лишая. Люди із хронічними захворюваннями можуть бути вакциновані, якщо немає відповідних протипоказань. Оскільки практично всі дорослі віком 60 років і старші мали клінічну або субклінічну первинну інфекцію VZV (вітряна віспа), немає необхідності визначати, чи є в анамнезі вітряна віспа для планової вакцинації людей цієї вікової групи.

Лікування гострого оперізуючого лишая може прискорити загоєння, контролювати біль та знизити ризик ускладнень. Оперізуючий лишай викликає змішаний соматичний і невропатичний біль різної інтенсивності. Варіанти лікування - противірусна терапія протягом перших 72 годин з моменту появи висипу або корінного болю та застосування анальгетиків та ранньої антидепресивної терапії. Дозу та препарат слід підбирати відповідно до потреб конкретного пацієнта. Якщо менш ефективні знеболювальні препарати є неефективними, слід призначити сильніші препарати доги, доки біль не зменшиться або не виникнуть побічні ефекти, що обмежують дозу. Можливо, що раннє агресивне лікування може запобігти постгерпетичну невралгію. Лікування амітриптиліном та пов'язаними з ним лікарськими засобами незабаром після розвитку гострого болю може допомогти запобігти сенсibiлізації центральної нервової системи, що може призвести до збереження болю. Пацієнти, у яких розвивається постгерпетична невралгія, лікуються габапентином, прегабаліном, трициклічними антидепресантами, 5% лідокаїновим пластиром та капсаїцином.

Зовнішньо використовуються волого-всихаючі пов'язки з рідиною Бурова, КМпО4 і т.д. Гідромасажна ванна з розчином бетадину (повідон-йоду) особливо корисна для видалення кірок, які виникають при рясних висипаннях у людей похилого віку.

Капсаїцин - це хімічна речовина, яка виснажує речовину-передавач больового імпульсу і запобігає його повторному синтезу в нейроні. Значне полегшення болю слідує за застосуванням (три-п'ять разів на день) цієї хімічної речовини у вигляді білого крему (Zostrix та Zostrix-

НР). Значне полегшення болю відбувається через 4 тижні у більшості пацієнтів.

Максимальний ефект досягається при використанні крему з капсаїцин протягом багатьох тижнів. Застосування місцевого лідокаїну перед капсаїцином може запобігти розвитку дерматиту. Капсаїцин не наносять на шкіру, якщо не загоєлися пухирці оперізуючого лишая. Деякі експерти вважають, що цей препарат є неефективним.

Противірусні препарати знижують тяжкість, тривалість та поширеність постгерпетичної невралгії на 50%, але у 20% пацієнтів віком від 50 років, які отримували фамцикловір або валацикловір, був біль і через 6 місяців.

Місцева ацикловірна мазь, що застосовується 4 рази на день протягом 10 днів для пацієнтів із ослабленим імунітетом, значно скорочує час повного загоєння.

Валацикловір доступний лише у вигляді орального препарату. Після прийому внутрішньо препарат перетворюється на ацикловір у шлунково-кишковому тракті та печінці. Його пероральна біодоступність у три-п'ять разів вища, ніж у ацикловіру. Дослідження показали значну перевагу Valtrex порівняно з Zovirax щодо зменшення тривалості та частоти виникнення болю, включаючи як гострий біль, так і постгерпетичну.

Валацикловір зменшив середню тривалість болю з 60 днів після загоєння (з ацикловіром) до 40 днів. Через шість місяців після загоєння лише 19% пацієнтів, які приймали валацикловір, відчували біль порівняно з 26% пацієнтів, які приймали ацикловір. Пацієнти, у яких можуть виникнути проблеми з дотриманням п'ятиразового щоденного прийому перорального зовіраксу, та пацієнти з найвищим ризиком розвитку ПЗН (наприклад, пацієнти похилого віку та пацієнти з продромальним боєм) можуть мати клінічний ефект від валацикловіру.

Фамцикловір є аналогом пенцикловіру. Він добре всмоктується після прийому внутрішньо і швидко метаболізується до пенцикловіру у шлунково-кишковому тракті, крові та печінці. Внутрішньоклітинний період напіввиведення активного препарату, пенцикловіру трифосфату, дуже великий. Фамцикловір доступний для перорального лікування гострого неускладненого герпесу, що оперізує. Переваги, мабуть, аналогічні таким ацикловіру. Було виявлено зниження тривалості постгерпетичної невралгії у пацієнтів похилого віку в порівнянні з плацебо.

Ацикловір зменшує гострий біль, запалення, утворення бульбашок та виділення вірусу. Середня тривалість болю у реципієнтів ацикловіру становить 20 днів проти 62 днів у колег-плацебо. Зниження частоти ПЗН спостерігається, якщо лікування почалося протягом 4 днів після появи болю або протягом 48 годин після появи висипу. Його



застосування слід розглядати для ослаблених пацієнтів з ослабленим імунітетом, у яких розвивається широке захворювання шкіри, і для пацієнтів з офтальмологічним лишаєм, що оперізують, у яких підвищений ризик очних ускладнень. Лікування найбільше ефективно, якщо воно розпочато протягом перших 72 годин після зараження.

Якщо ураження не повністю покриті кіркою, а пацієнт старше 50 років, з ослабленим імунітетом та/або має ураження трійчастого нерва, слід розглянути можливість лікування через 72 години після появи пухирців.

Люди зі СНІДом, у яких кількість CD4 становить менше 100 клітин/мм<sup>3</sup>, та реципієнти алотрансплантату кісткового мозку, можуть мати інфекції зі стійким до ацикловіру вірусом.

Пацієнти, які раніше отримували лікування ацикловіром, мабуть, схильні до найбільшого ризику ацикловіррезистентних штамів. Лікування фоскарнетом (40 мг/кг внутрішньовенно кожні 8 годин) слід розпочинати протягом 7-10 днів у пацієнтів із підозрою на наявність стійких до ацикловіру герпес-інфекцією. Фоскарнат слід призначати протягом щонайменше 10 днів або до повного загоєння уражень.

Додавання кортикостероїдів до протівірусних препаратів не дає переваги в скороченні часу до повного припинення болю і не призводить до подальшого зниження частоти постгерпетичної невралгії. Лікування кортикостероїдами спочатку може зменшити біль, але це пов'язано з ризиком серйозних побічних ефектів.

Епідуральна анестезія з 0,25% бупівакаїном припиняють біль при гострому оперізуючому герпесі, і, можливо, запобігає або знімає постгерпетичну невралгію у пацієнтів, яких лікують протягом 2 місяців від початку гострої фази захворювання. Робляться три ін'єкції. Коли залучені грудні дерматоми, епідуральний катетер залишається на місці протягом 5 днів терапії, щоб уникнути необхідності щоразу замінювати голку. Епідуральні ін'єкції роблять в/або вище за найвищий дерматом висипки. Болі швидко зникають і всі симптоми зазвичай зникають після другої ін'єкції. Симпатична блокада, що застосовується протягом перших 2 місяців після початку гострого оперізуючого герпесу, припиняє гостру фазу захворювання, можливо, шляхом відновлення внутрішньострумового кровотоку і, таким чином, запобігання загибелі великих волокон і запобігання розвитку постгерпетичної невралгії.

Часто виникає постійний пекучий біль; нападopodobний біль, подібний до болю від удару електричним струмом, від легкої тактильної стимуляції, наприклад, від одягу, волосся або навіть вітру, може бути однією з найбільш виснажливих проблем, з якими стикаються пацієнти з постгерпетичною невралгією.

Перша лінія терапії при нейропатичному болю проводиться протисудомним засобом (амітриптилін або нортриптилін). Деякі

пацієнти, у яких розвивається постгерпетична невралгія, отримують адекватне знеболювання при місцевому введенні 5% лідокаїну та крему з капсаїцином, протисудомних препаратів, трициклічних антидепресантів. Побічні ефекти цих препаратів обмежують їхнє застосування.

Пацієнти з постгерпетичною невралгією можуть бути пригніченими протягом кількох місяців. Емоційна підтримка є ще одним важливим терапевтичним заходом.

Література:

1. Дашук А.М. Кожные болезни. Х.: ТОВ «ЕСТЕТ ПРИНТ », 2019:139с.

2. Вольф К., Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 Т. Пер. с англ., общ. ред. Акад. А.А.Кубановой. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний; 2012 - Т 3. – С.

3. Степаненко В.И., Сизон О.О., Шупенко Н.М. и др. Дерматология, венерология: учебник. К.:КИМ. 2012:904с.

4. Томас П.Хэбиф Кожные болезни. Диагностика и лечение. Пер. с англ. – 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ,; 2016: 704 с.:ил.

## **ОПЕРІЗУЮЧИЙ ЛИШАЙ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

Дашук А.М., Добржанська Є.І., Дашук А.А.

Оперезуючий лишай зазвичай вражає шкіру одного дерматому, зустрічається протягом життя від 10% до 20% всіх людей. Хворіють люди різного віку, це відбувається регулярно у молодих людей, а захворюваність збільшується з віком у міру ослаблення імунітету Т-клітин до вірусу. Пацієнти з Т-клітинною імуносупресією наражаються на більший ризик. Оперізуючий лишай може бути ранньою клінічною ознакою розвитку СНІДу. Він є результатом реактивації вірусу вітряної віспи, який проник у нерви під час раннього епізоду вітряної віспи, потрапив у ганглії дорсального корінця і залишився у прихованій формі. Реактивація вірусу зазвичай відбувається один раз у житті; частота другого нападу не перевищує 5%.

## **SHINGLES: CLINIC, DIAGNOSTICS, TREATMENT**

Dashchuk A.M., Dobrzhanska E.I., Dashchuk A.A.

Shingles usually affects the skin of one dermatome, occurs during the life of 10% to 20% of all people. People of all ages get sick, this happens regularly in young people, and the incidence increases with age as the immunity of T cells to the virus weakened. Patients with T-cell immunosuppression are at greater risk. Shingles may be the earliest clinical sign of AIDS. It is the result of the reactivation of the varicella-zoster virus

that invaded the nerves during an earlier episode of chickenpox, entered the dorsal root ganglia and remained latent. Virus reactivation usually occurs once in a lifetime; the frequency of the second attack is less than 5%.