Доц. Е.І. Саріан

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра дерматовенерологии

Опоясывающий герпес: кожные проявления и дифференциальная диагностика

Семейный врач занимается профилактикой и лечением наиболее распространенных заболеваний и травм. Основой его деятельности является постоянное совершенствование медицинских знаний и врачебного мастерства через изучение взаимосвязанных фундаментальных общих врачебных и специальных клинических дисциплин, накопление практического опыта непосредственного общения с пациентами. Успешное лечение даже при использовании последних достижений медицинской науки в большей степени является искусством. Семейному врачу важно на основании жалоб, анамнеза жизни и болезни, осмотра, результатов лабораторного обследования поставить диагноз, составить алгоритм действий по оказанию медицинской помощи пациенту.

Цель: помочь врачу общей практики определить ключевые моменты в вопросах диагностики, координации с другими специалистами учреждений первичного, вторичного и третичного уровня оказания медицинской помощи пациентам, которые имеют жалобы — односторонние боли и кожные высыпания.

Дерматомные боли и высыпания на коже лица, туловища или конечностей (реже слизистых) как характерные проявления одной из форм герпесвирусной инфекции — опоясывающего лишая, являются частой причиной обращения больных к семейному врачу [1, 2, 3, 4].

Опоясывающий лишай (опоясывающий герпес, ОГ) (МКБ-10: B02) — инфекционное заболевание, возникающее в результате реактивации латентного вируса *Varicella zoster*, характеризующееся общей интоксикацией, лихорадкой, симптомами поражения кожи, нервной системы. ОГ — эндогенная инфекция, вторичная по отношению к ветряной оспе. Вероятность заболевания в течение жизни составляет 20—30%. Спорадические случаи ОГ регистрируются в те-

чение всего года, чаще в осенне-весенний период [3, 5, 6]. Встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин, среди лиц всех возрастных групп, однако частота болезни повышается с возрастом. Так, у детей до 15 лет частота ОГ не более 5%, в то время как у лиц в возрасте 60—80 лет — 50—70% [3, 7, 8]. Это связано со снижением иммунной защиты у лиц пожилого и старческого возраста, а также больных тяжелыми соматическими заболеваниями, лейкозами, новообразованиями, ВИЧ/СПИДом, у пациентов, получающих кортикостероиды и иммунодепрессанты, химиотерапию.

Заразительность больных ОГ невысокая (10—20%) — за несколько дней до появления сыпи и отпадения корок. У детей при контакте со взрослыми может развиться типичная ветряная оспа.

Возбудителем заболевания является *ДНК-содержащий α-герпесвирус* типа 3 из семейства *Herpesviridae*, вызывающий первичную инфекцию (ветряная оспа) и ее рецидив (ОГ). К основным свойствам вируса относятся способность к пожизненному персистированию с последующей реактивацией, *сильнейшая зависимость течения хронического инфекционного процесса от состояния иммунитета вирусноносителя*, дермато- и нейротропность, чрезвычайно слабая устойчивость во внешней среде и др. [5, 9, 10].

Механизм реактивации вируса *Varicella zoster* до конца неизвестен. Вирус в латентном состоянии находится в черепно-спинномозговых нервных ганглиях и при реактивации центробежно продвигается по ходу нерва к коже, где происходит его репликация и появление характерных высыпаний — возникновение односторонней везикулезной (пузырьки размером до 5 мм в диаметре) сыпи. Появление высыпаний обусловлено феноменом «ускользания» вируса

от факторов врожденного и адаптивного иммунитета [5, 11].

Если репликация происходит только в ганглиях, отмечается поражение нервной системы без кожных высыпаний («зостер без герпеса»). Проникая в нервную систему, вирус локализуется не только в пределах периферического чувствительного нейрона, но и распространяется на другие отделы центральной нервной системы — вещество спинного (передние и особенно задние рога, белое вещество) и головного мозга (продолговатый, варолиев мост, гипоталамическая область), а также оболочки мозга. Неврологическая патология, возникающая до появления сыпи или во время высыпания — результат прямого инфицирования вирусом, достигающего ЦНС, или путем аксонального транспорта из места внедрения, или гематогенно в течение первичной виремии [4, 7, 11].

Клинические проявления. Инкубационный период при ОГ продолжается многие годы. В развитии заболевания выделяют три периода: начальных проявлений (стадия прегерпетической невралгии, продромальный период); развернутой клинической картины (стадия герпетических высыпаний); реконвалесценции / остаточных явлений [1, 2, 12].

В типичных случаях ОГ начинается с симптомов общей интоксикации (недомогание, слабость, утомляемость, лихорадка, тошнота, рвота, лимфаденопатия), затем появляются резко выраженные боли невралгического характера в области пораженного дерматомата (зона кожи, иннервируемая нервными волокнами одного дорсального нервного корешка). Интенсивность болей различная (постоянная, приступообразная, жгучая, сверлящая, пульсирующая). Болевой синдром в продромальный период в отсутствие изменений на коже часто расценивается как проявление стенокардии, пневмонии, панкреатита и т. п.

Одновременно с болью или через 3–5 дней в области пораженного дерматомата возникают отечность и гиперемия кожи, при проведении пальцем ощущается некоторая шагреневидность кожи (мельчайшие папулы). Затем на этих участках возникают группы пузырьков различной величины с прозрачным содержимым, которое в последующем становится опалесцирующим и мутным. Элементы могут сливаться, чаще располагаются изолированно (везикулезная форма ОГ, рис. 1), иногда имеют вид пузыря, окруженного по периферии красным ободком. Обычно пузырьки появляются одновременно и элементы сыпи находятся на одном и том же этапе развития, но в случае новых высыпаний в течение 1–2 недель, при осмотре больного можно обнаружить пузырьки, эрозии и корочки. Почти у всех больных одновременно с развитием сыпи и боли развивается региональный лимфаденит. Через 3–5 дней большая часть пузырьков ссыхается в желтовато-бурые корочки, часть из них самопроизвольно или в результате травмирования покрывки вскрывается с образованием эрозий ярко-красного цвета. После отпадения корочек и эпителизации процесс завершается

на 3–4-й неделе временной дисхромией (гипо- или гиперпигментация) или образованием рубцов.

Рис. 1. Везикулезная форма ОГ

Отличительным признаком ОГ является одностороннее появление везикулезных высыпаний со своеобразной топографией. Высыпания на лице чаще локализуются в области одного дерматомата, на туловище и конечностях — в области нескольких рядом расположенных дерматомов. В редких случаях ОГ может поражать слизистую оболочку полости рта, носа.

У больных может наблюдаться атипичное течение ОГ. Абортивная форма проявляется **минимальными субъективными ощущениями**, быстро исчезающими гиперемией и отечностью, отсутствием пузырьков. При **буллезной форме** наряду с пузырьками, появляются пузыри с неровными фестончатыми границами. **Геморрагическая форма** часто наблюдается у больных гемобластомами, получающих иммуносупрессивную терапию. Содержимое везикул на 2–3-й день приобретает геморрагический характер, процесс распространяется глубоко в дерму, корочки становятся темно-коричневого цвета, после регресса остаются поверхностные рубчики. Возможны кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, носовые кровотечения и кровавая рвота. **Гангренозная (некротическая) форма** развивается у ослабленных и пожилых больных с сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и др. Вокруг пузырьков с геморрагическим содержимым появляется воспалительная реакция, образуются длительно незаживающие глубокие язвы с «грязным» дном и подрытыми краями, которые в дальнейшем покрываются кровянистыми корочками, эпителизируются с формированием рубцов. При генерализованной форме, помимо пузырьков, располагающихся по ходу нервного ствола, появляются распространенные везикулезные элементы на коже и слизистых, напоминающие ветрянную оспу.

Следует отметить, что наиболее часто регистрируется везикуло-буллезная форма заболевания (59,4%), реже везикулезная (18,8%), эрозивно-язвенная (15,6%) и геморрагическая (6,3%). Особое внимание следует обращать на гангренозную и генерализованную формы ОГ, так как имеют тяжелое течение и в 2–10% случаев являются первыми маркерами лим-

фолейкоза, лимфогранулематоза, злокачественных опухолей внутренних органов и др., диктуют необходимость тщательного и неоднократного обследования больных у соответствующих специалистов [5, 8, 9].

Одним из ведущих симптомов ОГ являются неврологические расстройства в виде болевого синдрома. Боли возникают за 1-2 дня до появления высыпаний, как правило, носят интенсивный жгучий характер, зона их распространения соответствует корешкам пораженного ганглия. При появлении высыпаний на коже боли становятся обычно менее интенсивными. В тоже время болевой синдром может усиливаться ночью, под влиянием различных раздражителей (холодовых, тактильных и проч.) и нередко сопровождается вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу. Кроме того, у пациентов отмечаются различные по форме и интенсивности объективные расстройства чувствительности: гиперестезии (больной с трудом переносит прикосновение белья), гипестезии и анестезии, причем одновременно с тактильной анестезией может существовать гипералгезия [4, 7]. Интенсивность болевого синдрома не всегда соответствует тяжести кожных проявлений.

Кожные проявления соответствуют уровню поражения определенных вегетативных образований. Общепринято обозначать локализацию сыпи и боли согласно схемам распределения кожной чувствительности соответственно сегментам спинного мозга. Чаще всего сыпь и боль регистрируются в области дерматомов Th3-L3, реже (в 20%) — в области иннервации первой ветви тройничного нерва (в области века, лба), на коже шеи, по ходу лицевого, ушного, слухового нервов и на конечностях [6, 9, 12].

Характерные клинические симптомы имеют **глазная и ушная формы** опоясывающего лишая. При **глазной форме** (*Herpes zoster ophthalmicus*) поражается тройничный (гассеров) узел и высыпания локализуются по ходу ветвей тройничного нерва (на коже лица, слизистых оболочках глаза, носа). При глазной форме наблюдаются специфический вирусный кератит, реже ирит, глаукома [12].

У большинства больных с данной локализацией процесса наблюдаются повышение температуры и отек лица на пораженной стороне, а также болезненность в точках выхода тройничного нерва. Кожные высыпания при офтальмическом герпесе протекают более тяжело, чем на других частях тела, что объясняется строением кожи в области глаза. Довольно часто у больных наблюдают некроз пузырьков (гангренозная форма), тяжелые невралгии, сопровождающиеся слезотечением. Больные с диагнозом офтальмогерпес должны быть проконсультированы офтальмологом.

При **синдроме Ханта** (ушной герпес, *Herpes zoster oticus*) — поражении коленчатого узла (лицевого, слухового и тройничного нервов), обычно на ушной раковине или вокруг нее, а иногда в слуховом проходе и даже на барабанной перепонке появляются группы пузырьков. Отмечаются резкая болезненность в окружности ушной раковины, увеличение

лимфатических узлов, изменение чувствительности. Нарушения функций лицевого, кохлеарного, вестибулярного нервов возникают в первые дни высыпаний или предшествуют им. Боль локализуется в глубине слухового прохода и ушной раковине с иррадиацией в область сосцевидного отростка, аурикулярную и темпоропариетальную области. Может наблюдаться парез лицевого, а иногда кохлеарного и вестибулярного нервов на стороне поражения. Резко выражена невралгия тройничного нерва, которая может продолжаться в течение нескольких недель.

Невралгия при ушном герпесе в противоположность офтальмическому встречается редко. Исход не всегда благоприятный, так как могут возникать стойкий парез лицевого нерва и глухота.

Поражение шейных симпатических узлов часто сопровождается высыпаниями на коже шеи и волосистой части головы. Боли наблюдаются не только в местах высыпаний, но и в области паравerteбральных точек.

При ганглионитах нижнешейной и верхнегрудной локализации наряду с обычными симптомами данного заболевания может наблюдаться **синдром Стейнброккера**, характеризующийся болями симпатического характера в виде жжения или давления, возникающими первоначально в кисти, а затем и во всей руке. Вскоре появляется и быстро нарастает отечность кисти, распространяющаяся на всю руку. Присоединяются трофические расстройства в виде цианоза и истончения кожных покровов, гипергидроза, ломкости ногтей. Движения пальцев кисти ограничены, болезненны.

Ганглиониты грудной локализации нередко симулируют клиническую картину инфаркта миокарда, что приводит к ошибкам в диагностике.

При герпетическом поражении **ганглиев пояснично-крестцовой области** чаще всего высыпания локализуются на коже поясницы, ягодиц и нижних конечностей. Наряду с болями в местах высыпаний могут возникать болевые синдромы, симулирующие панкреатит, холецистит, почечную колику, аппендицит.

Диагностика герпесвирусной инфекции проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, при необходимости дополнительных методов обследования [3, 5, 7]. При ОГ с характерным дерматомным распространением элементов высыпаний и типичной морфологией элементов — диагноз затруднений не представляет, устанавливается на основании клинических проявлений, лабораторное подтверждение не требуется. В тоже время, возникновение только болевых симптомов с дерматомной распространенностью не является основанием для постановки диагноза — требуется консультация соответствующих специалистов. Наличие ОГ в анамнезе не исключает заболевания, повторные случаи возможны у больных с нормальным иммунитетом и иммунокомпрометированных пациентов.

Дифференциальная диагностика. Диагностические трудности возникают в продромальном периоде болезни, когда отсутствуют пузырьковые высы-

пания, но имеются симптомы интоксикации, лихорадка, болевой синдром. В подобных случаях ранние проявления ОГ следует дифференцировать со стенокардией, инфарктом легкого, плевритом, холециститом, панкреатитом, почечной коликой, острым аппендицитом и др. При данных состояниях необходима консультация терапевта, кардиолога, хирурга, проведение электрокардиографии, рентгенографии, УЗИ органов пищеварения и др.

Дифференциальная диагностика **в период клинических проявлений болезни** проводится при появлении типичных и атипичных кожных высыпаний со следующими заболеваниями [1, 9, 13, 14]:

— с *простым герпесом*

В отличие от ОГ, пузырьки при простом герпесе чаще всего возникают на красной кайме губ и коже лица, но могут локализоваться на различных участках кожного покрова. Субъективные ощущения при простом герпесе непостоянны, больные жалуются на локальный зуд и жжение. Боль при ОГ сильная, предшествует за несколько дней или появляется одновременно с отеком и гиперемией кожи, на которой в дальнейшем появляются пузырьки более крупные, чем при простом герпесе, могут сливаться в обширные очаги. Клинически схожие ОГ и простой герпес с расположением в пределах дерматома (зостериформный) различают по результатам вирусологического обследования.

— с *ветряной оспой (рецидив) и экземой*

ОГ отличается от ветряной оспы как характером основных первичных элементов, так и их расположением: при герпесе пузырьки локализуются по ходу нерва, при ветряной оспе наблюдается диссеминированное поражение. При ветряной оспе первичными элементами являются мелкие узелки, превращающиеся в пузырьки с центральным вдавлением, а не герпетиформные пузырьки. Высыпания покрываются тонкими корочками, при отпадении которых остаются слегка розоватые пигментные пятна и атрофические рубчики. Высыпания появляются толчкообразно, на фоне температурной реакции организма, поэтому на лице и туловище можно встретить высыпания в различных стадиях развития, что не типично для ОГ.

Признаками, на основании которых ОГ отличают от экземы, являются асимметричность поражения (при экземе — симметричность), наличие болей (при экземе — зуд), герпетиформное расположение пузырьков в отличие от рассеянного или диссеминированного при экземе.

— с *рожистым воспалением*

В отличие от ОГ, рожа характеризуется более яркой гиперемией и выраженным отеком очагов поражения, четкими границами, неровными краями, периферическим ростом, обязательной лихорадкой и отсутствием невралгических болей. Чаще локализуется на лице и конечностях.

— со *стрептококковым импетиго*

Импетиго обычно локализуется на коже лица, кистей и других открытых участках кожи, безболезненные, часто наблюдается у детей, женщин с

нежной кожей. Первичным элементом, в отличие от ОГ, является фликтена (плоский пузырь с вялой крышкой), наполненная прозрачной или мутноватой жидкостью, быстро лопаются, покрываются желтыми корками. Регрессирует импетиго в течение 5—6 дней. При ОГ пустулизация везикул, расположенных по ходу нервных стволов, начинается через неделю или даже раньше после появления первых высыпаний, корочки обычно исчезают к концу 3—4-й недели. Характерны общие расстройства, резкая болезненность в области очага поражения.

— с *лейомиомой кожи*

Лейомиома, развивающаяся из мышц, поднимающих волос, характеризуется мелкими (диаметр 3—5 мм) опухолевидными элементами округлой формы с гладкой поверхностью, чаще цвета нормальной кожи, плотными и болезненными при пальпации (в отличие от пузырьков при ОГ). Элементы множественные, располагаются на коже туловища, конечностей, имеют тенденцию к группировке (рис. 2). Характерная особенность — резкая болезненность при оказываемом на них воздействии (расчесывании, трении одеждой, сдавливании и пр.), тогда как ОГ предшествует и сопутствует сильная боль.

Рис. 2. Множественные болезненные узелковые высыпания (лейомиомы)

— с *метастазами злокачественных опухолей в кожу*

В отличие от ОГ, метастазы рака в кожу чаще всего представляют собой дискретные округлые или овальные узелки, плотной или плотно-эластической консистенции, размером от 1—2 мм до 1—3 см в диаметре, безболезненные, подвижные, не склонные к эрозированию. Кожа над ними бывает чаще телесного, реже красноватого, пурпурного, коричневого или черного цвета. Кожные метастазы чаще бывают множественными, располагаются рассеянно или локализованно, иногда зостериформно (рис. 3). Рак молочной железы чаще всего метастазирует в переднюю грудную стенку, рак легких — в грудную стенку и верхние конечности [15]. Выражены симптомы общей интоксикации, но отсутствуют сильные боли невралгического характера и пузырьковые высыпания, характерные для ОГ.

Рис. 3. Множественные красновато-розовые узелки, расположенные зостериформно в зоне Th₃-Th₅ дерматомов (метастазы рака легкого)

Диагностические ошибки влекут за собой терапевтические — опоздание в сроках назначения противовирусного препарата, что является причиной осложненного течения инфекции — постгерпетической невралгии, которая может длиться месяцы и годы, значительно снижает качество жизни, доставляет большие страдания пациенту.

Вирусная (герпетическая) инфекция является междисциплинарной проблемой в практике врача любой специальности в связи с высоким уровнем заболеваемости, разнообразием поражений, вариантов течения, локализации и клинических проявлений, нередко развитием осложнений, отсутствием высокоэффективного специфического лечения.

В связи с актуальностью проблемы важно иметь высокий уровень осведомленности и адекватную инфекционную настороженность семейному врачу и другим специалистам к герпесвирусным заболеваниям кожи, знать диагностические признаки. Важно помнить, что односторонние высыпания и боли, могут быть вызваны опоясывающим лишаем.

Список использованной литературы

1. Таха, Т. В. Опоясывающий герпес: клиника, диагностика, принципы терапии [Текст] / Т. В. Таха // Русск. мед. журн. — 2012. — № 34. — С. 1644—1649.
2. Шаков, И. М. Опоясывающий лишай [Текст] / И. М. Шаков // Леч. врач. — 2011. — № 10. — С. 21—25.
3. Bader, M. S. Herpes zoster: diagnostic, therapeutic, and preventive approaches [Text] / M. S. Bader // Postgraduate Medicine. — 2013. — Vol. 125, № 5. — P. 32-46.
4. Johnson, R. W. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: a review of the effects of vaccination [Text] / Johnson R. W. // Aging. Clin. Exp. Res. — 2009. — Vol. 21, № 3. — P. 236-243.
5. Исаков, В. А. Герпесвирусные инфекции человека [Текст] / В. А. Исаков, Е. И. Архипов, Д. В. Исаков. — М.: СпецЛит. — 2013. — 303 с.
6. Герпесвирусная инфекция в дерматологии: проблемы и современный подход к лечению [Текст] / Н. В. Кунгуров, М. М. Кохан, Ю. В. Кениксфест и др. // Клин. дерматол. венерол. — 2015. — Т. 14, № 5. — С. 117—124.
7. Современные аспекты герпесвирусной инфекции. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика [Текст]: Методические рекомендации. Сост. Н. В. Каражас и др. — М.: Спецкнига, 2012. — 128 с.
8. John, A. R. Herpes zoster in the older adult [Text] / A. R. John, D. H. Canaday // Infect. Dis. Clin. N. Am. — 2017. — Vol. 31. — P. 811—826.
9. Халдин, А. А. Герпес-вирусные поражения кожи и слизистых (простой и опоясывающий герпес) [Текст]: учебно-методическое пособие для врачей / А. А. Халдин, А. В. Молочков — М., 2013. — 49 с.
10. Herpes simplex virus and varicella zoster virus, the house guests who never leave/ [Text] / P. R. Kinchington, A. J. Leger, J. M. Guedon, R. L. Hendricks // Herpesviridae. — 2012. — Vol. 12, № 1. — P. 5—9.
11. Gupta, R. Pathogenesis of Herpes Zoster: A Review [Text] / R. Gupta, P. Gupta, S. Gupta // Pharm. Innovat. J. — 2015. — Vol. 4, № 5. — P. 11—13.
12. Rocha, G. Herpes zoster ophthalmicus: more than meets the eye [Text] / G. Rocha, M. Muzychuk // Clin. Surg. Ophthalmol. — 2010. — Vol. 28, № 3—4. — P. 11—16.
13. Потеев, Н. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней [Текст] / Н. Потеев, В. Акимов — М.: Медиа Сфера, 2016. — 456 с.
14. Muir, J. Skin and breast disease in the differential diagnosis of chest pain [Text] / J. Muir, M. Yelland // Med. Clin. N. Am. — 2010. — Vol. 6, № 2. — P. 43-51.
15. Головашина, Д. К. Дерматологические маркеры злокачественных опухолей: метастазы в кожу, преинвазии и паранеоплазии (клинико-диагностические особенности) [Текст] / Д. К. Головашина, К. Н. Головашин, И. В. Загашвили // Воен. мед. — 2015. — № 2. — С. 95—101.

Оперізуючий герпес: шкірні прояви та диференційна діагностика

Доц. О.І. Саріан

Харківська медична академія післядипломної освіти

В статті наведено загальні відомості про оперізуючий герпес, приділено увагу шкірним типовим і атиповим проявам, особливостям диференційної діагностики, необхідності ранньої діагностики захворювання.

Ключові слова: оперізуючий герпес, клінічні прояви, диференційна діагностика.

Herpes zoster: skin manifestations and differential diagnostics

PHD O.I. Sarian

The article presents general information about herpes zoster, focuses on the features of clinical typical and atypical skin manifestations, differential diagnostics, the need for early diagnosis of disease.

Key Words: herpes zoster, clinical manifestations, differential diagnostics.

Контактна інформація: Саріан Олена Ігорівна — доцент, кафедра дерматовенерології ХМАПО
Харків, вул. Амосова, 58, тел.: +380503253033, e-mail: elensarian@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 18.12.2018 р.