

Ю.Г. Коленко, О.В. Ліновицька, Н.І. Коваль, І.Є. Вороніна, Н.В. Воловик

Використання фототерапії в лікуванні хворих на оперізуючий лишай

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, г. Київ, Україна

Резюме. Оперізуючий лишай є поширеним захворюванням, характеризується бульбашково-ерозивні ураженням шкіри і слизової оболонки порожнини рота й сильним больовим синдромом. Ефективність поляризованого світла при лікуванні хворих на оперізуючий лишай вивчена у 47 хворих у віці від 10 до 82-х років. Хворі були розділені на дві групи. Пацієнти 1-ї групи (18 осіб) отримували на тлі загальноприйнятого лікування аплікації поляризованим світлом апарата «Біоптрон» (місцево й на ділянку груднини з експозицією до 10 хв.). Пацієнти 2-ї групи (29 осіб) отримували тільки загальноприйняте лікування. Установлено, що Пайлер-світло робить позитивний вплив на динаміку захворювання та імунологічний статус хворих на оперізуючий лишай. Висипання гоїлися швидше, а больовий синдром мав меншу вираженість. Строки тривалості захворювання і його лікування коротшали на 19,7 і 26 %. Метод лікування оперізуючого лишая із застосуванням Пайлер-світла рекомендується включати в комплексну терапію.

Ключові слова: BИOPTRON, PILER-світло, біль, вірус оперізуючого лишая, імунітет.

Тенденція до зростання захворюваності на оперізуючий лишай (ОГ), особливо в людей працездатного віку, спостерігається з року в рік, що створює не тільки медичну, а й соціальну проблему. Як відомо, після перенесеної вітряної віспи вірус *Varicella-zoster* не видаляється з організму, а проникає по аксонах у регіональні ганглії й міститься (персистує) в нейронах [4]. Актуальність вивчення ключових патогенетичних механізмів герпетичної інфекції та розробки ефективних методів терапії захворювання обумовлена неухильним зростанням кількості герпетичних захворювань у дорослих і дітей. Імунізованість до вірусу варицелла зостер виявлено майже в 99 % дорослих. Уважають, що стримуючим фактором реактивації герпес-зостерної інфекції є Т-лімфоцити.

Реактивация вірусу й розвиток клінічних проявів у вигляді оперізуючого лишая відбуваються при ослабленні імунітету (перш за все клітинного) і можуть бути спровоковані різними факторами: стресовим станом, фізичними травмами, переохолодженням, інфекційними захворюваннями, гемобластозами, імуносупресією, хіміотерапією, променевою терапією й т. п. Вірус знову транспортується по чутливих нервах, але на цей раз в інший бік. Його пересування супроводжується невритом, тому захворювання починається з болю, а потім на слизовій оболонці порожнини рота та шкірі з'являються висипання. На думку деяких дослідників, чим тривалішим є біль у ділянці ураження у продромальному періоді, тим більшим є ризик розвитку в подальшому такого серйозного ускладнення, як постгерпетична невралгія [8]. В основному ж на шкірі та слизовій оболонці порожнини рота з'являється одне або кілька набряклих еритематозних плям, що локалізуються по ходу гілок трійчастого нерва (до того ж тільки з одного боку), на яких через кілька годин (іноді діб) з'являється група пухирців. Пухирці можуть розміщуватись на шкірі підборіддя, шії, чола, волосної частини голови, потилиці, щоки по ходу гілок нервів або на слизовій оболонці порожнини рота (улюблена локалізація – тверде піднебіння, шочка, губи, язик). Ці висипання односторонні, супроводжуються надзвичайно сильною пекучим болем і регіонарним лімфаденітом (тобто неврологічна симптоматика характеризується сегментарністю, гіперестезією в зоні висипань і герпетичною невралгією) [1, 2]. Важливо підкреслити, що пухирці при оперізуючому лишайі з'являються всі одночасно, розташовані у вигляді ланцюжка, гірлянди або «грона винограду», на незмінній або злегка гіперемірованій і набряклій слизовій оболонці порожнини рота (рис. 1). Пухирці заповнені серозним ексудатом, спочатку поодинокі, а згодом їх стає все більше, вони займають більшу частину поверхні шкіри і слизової оболонки. Серозний вміст пухирців швидко мутніє, згодом вони лопаються, поверхня ерозій, що утвори-

лися при цьому, чиста, потім вона покривається фібринозним нальотом, везикули на шкірі підсихають і перетворюються на скоринки. Процес завершується епітелізацією через 1–3 тижні. Висипання часто супроводжуються лихоманкою, інтоксикацією.

Імовірність розвитку оперізуючого лишая протягом життя становить 10–20 % [9]. Його рецидиви спостерігаються дуже рідко, як правило, на тлі тяжкого імунodefіциту [10]. Частота його появи в популяції – від 20 до 200 випадків на 10 тисяч населення на рік [3]. Нині це захворювання є серйозною медичною проблемою – не з точки зору уражень шкіри та слизової оболонки порожнини рота, які в абсолютній більшості перебігають сприятливо, а з огляду на розвиток низки ускладнень (невралгія, парез, параліч, енцефаліт тощо) [1].

Ураження нервової системи при оперізуючому лишайі за частотою займає перше місце, вони різноманітні та характеризуються втягненням як центральних, так і периферичних відділів [3]. Так, у деяких хворих постгерпетична невралгія триває місяці, іноді роки, переходячи з невралгії в невротатію [6]. Ураховуючи значне зростання в Україні кількості таких нозологій, як хвороби крові, пухлини, СНІД, треба з особливою обережністю підходити до діагностики оперізуючого лишая, який може виступати індикатором імунodefіциту в організмі внаслідок розвитку вказаних захворювань [2].

Тому пошук нових методів лікування оперізуючого лишая в нашій країні залишається досить важливим завданням.

Одним з нових методів фізіотерапії хворих на оперізуючий лишай є поляризоване (пайлер) світло апарата «Біоптрон». Дія поляризованого світла проявляється на клітинному, тканинному, системному й організаційному рівнях [7]. У клітинах відновлюється нормальний транспорт іонів, покращується тканинне дихання, інактивується пероксидний шлях окислення, що забезпечує нормалізацію регенераторних процесів, у тому числі й у нервових закінченнях, з наступним знеболювальним і стимулюючим ефектами. Унаслідок глибокого проникнення світла відбувається опромінення формених елементів крові, що призводить до посилення продукції антитіл у лейкоцитах, фагоцитарної активізації клітинних елементів, відновлення їх рецепторної й імуномедіаторної функцій. Тому, ураховуючи всі наведені характеристики поляризованого світла, доцільним є вивчення ефективності лікування хворих на оперізуючий лишай з використанням аплікацій поляризованим світлом апарата «Біоптрон».

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування *Herpes Zoster* шляхом обґрунтування використання в комплексному лікуванні поляризованого світла апарата «Біоптрон».

Матеріали та методи дослідження

Для вивчення клінічної ефективності поляризованого світла апарата «*Біотрон*» у хворих в гострий період оперізуючого лишая було обстежено 47 осіб (22 чоловіки та 25 жінок), які звернулись у стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Етіологію уражень нервової системи, викликаних вірусом *Varicella-zoster* встановлювали на основі наявності типової клінічної картини захворювання. Проводили цитологічне дослідження ураженої ділянки хворих. Виявлення багатоядерних гігантських клітин із внутрішньоядерними еозинофільними включеннями свідчило про наявність у досліджуваному матеріалі вірусу *Herpes Zoster*.

Вік хворих на оперізуючий лишай був від 10 до 82-х років. Середній вік становив 46,2 року. Більше половини (57,4 %) звернулись по медичну допомогу пізніше 3-ї доби після початку висипу. Більшість хворих також мала супутні захворювання – гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, жовчнокам'яна хвороба, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний панкреатит, хронічний бронхіт, бронхіальна астма, хронічний аднексит тощо. У двох випадках ОГ виник у хворих зі злоякісними пухлинами й в 1-у – у ВІЛ-інфікованого. У переважній більшості перебіг захворювання був легкої та середньої важкості. Передгерпетична невралгія до появи висипання тривала одну добу у 25,5 % хворих, 2–3 доби – у 21,3 %, 4–6 діб – у 14,9 %, більше 7-и діб – у 14,9 % хворих, а у 23,4 % болі з'являлись в один і той самий день, що й герпетичні висипання. Особливістю перебігу було те, що в чотирьох випадках через 3–5 діб після появи локалізованих герпетичних висипань з'являлись генералізовані герпетичні висипання, поява яких не супроводжувалася значним погіршенням самопочуття хворих. Хворі були розділені на дві групи.

Алгоритм місцевої терапії включав:

- антисептичну обробку порожнини рота (розчин фурациліну, фітоополіскувачі);
- очищення ерозивних і виразкових поверхонь (аплікації з ферментними та антибактеріальними препаратами);
- протівірусну терапію (мазі на основі ацикловіру).

Загальне лікування включало:

1. Етіотропну терапію – протівірусну (амізон), дія якої спрямована на блокування репродукції вірусів у клітинах та їх елімінацію з організму.
2. Патогенетична терапія – антигістамінні, знеболювальні, протизапальні препарати, вітаміни групи В.

У хворих 1-ї групи крім симптоматичного лікування використані аплікації поляризованим світлом апарата «*Біотрон-компакт*» вогнищ ураження протягом 4–10 хв. 1–2 рази на день і, крім того, на ділянку груднини для корекції імунodefіцитного стану протягом 4 хв. щоденно. Експозиція тривалістю 4 хв. використовували на ті ділянки висипання, де больовий синдром не був виражений, а на ділянки з вираженим больовим синдромом аплікації поляризованим світлом тривали 10 хв.

Усім хворим було зроблено загальноклінічні, біохімічні та імунологічні аналізи.



Рис. 1. Типова клінічна картина оперізуючого лишая (пухирці у різних фазах визрівання, ерозія, нагноєння).

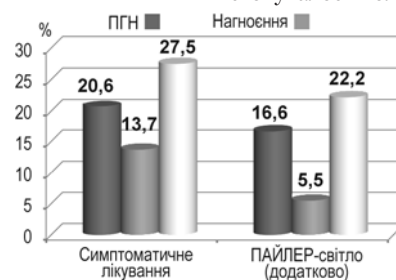


Рис. 2. Частота ускладнень (%) у хворих на оперізуючий герпес із різними методами лікування.



Рис. 3. Тривалість хвороби та лікування (у відсотках) пацієнтів з оперізуючим герпесом.

За віком, преморбідним тлом і тяжкістю перебігу обидві групи хворих були подібними. Клінічні форми захворювання й та локалізація герпетичних висипань у всіх хворих суттєво не відрізнялись (табл. 1 і 2).

Результати дослідження

Оцінку лікувальної ефективності поляризованого світла проводили з урахуванням клінічних даних: скарги хворих, швидкість регресу герпетичних елементів, тривалість лікування й результатів імунологічного дослідження.

Клінічні спостереження показали, що при використанні поляризованого світла результати лікування були краще, ніж у контрольній групі. Позитивна динаміка спостерігалась уже на 2–3 добу після початку аплікацій поляризованим світлом і була більш виражена при використанні на ранніх стадіях захворювання. Застосування поляризованого світла сприяло більш швидкому припиненню нових висипань, зменшенню інтенсивності больового синдрому, швидшому регресу герпетичних елементів.

Використання аплікації поляризованим світлом зумовило скорочення тривалості еритеми з $5,9 \pm 1,08$ дня у 2-ї групі до $2,58 \pm 0,7$ дня в 1-ї групі, набряку з $5,8 \pm 1,1$ дня у 2-ї групі до $2,3 \pm 0,66$ дня в 1-ї групі. Зменшення інтенсивності больового синдрому в перші 3 доби лікування спостерігалось у 48,2 % хворих 2-ї групи й у 66,6 % хворих 1-ї групи, а через 10 діб лікування інтенсивність больового синдрому зменшилась у 100 % хворих 1-ї групи і тільки в 75,8 % хворих 2-ї групи. Больовий синдром зник у перші три дні лікування в 6,8 % хворих 2-ї групи й у 16,6 % хворих 1-ї групи, а через 10 діб після початку лікування больового синдрому не було у 55,5 % хворих 1-ї групи й тільки у 34,4 % хворих 2-ї групи. Формування й відпадиння кірочок на шкірі обличчя також відбувалися швидше у хворих 1-ї групі.

Такі ускладнення, як постгерпетична невралгія, нагноєння герпетичних елементів, порушення чутливості за типом гіпо- чи гіперестезії, розвинулись у 18 (62 %) хворих 2-ї групи й у 8 (44,4 %) хворих 1-ї групи. Постгерпетична невралгія спостерігалась відповідно в 6 (20,6 %) і 3 осіб (16,6 %), нагноєння висипання – у 4 (13,7 %) й одного (5,5 %), порушення чутливості – у 8 (27,5 %) й 4 (22,2 %) осіб (рис. 2, 3).

Таким чином, частота постгерпетичної невралгії та порушення чутливості була менше у хворих 1-ї групи. Нагноєння висипання у хворих цієї групи спостерігалось значно рідше.

Пацієнти добре переносили вплив поляризованого світла. У жодному випадку не спостерігалось будь-яких побічних проявів.

При застосуванні лікування поляризованим світлом у 1-ї групі хворих виявлено підвищення вмісту $CD3^+$ -лімфоцитів із $55,2 \pm 1,42$ до $62 \pm 1,5$ порівняно із $56,8 \pm 1,86$ % у 2-ї групі; відбулось також збільшення вмісту $CD4^+$ -лімфоцитів із $32,1 \pm 1,8$ до $36,6 \pm 2,67$ % порівняно із $31,7 \pm 0,95$ % у 2-ї групі і $CD8^+$ -лімфоцитів із $23,8 \pm 1,3$ до $27 \pm 1,02$ % порівняно із $23,2 \pm 1,09$ % у 2-ї групі ($P < 0,05$). Кількість НК-клітин суттєво не змінювалася. Значно покращувались показники циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у групі, де використовувалось поляризоване світло (табл. 2).

Показники імунологічної реактивності організму при використанні різних методів лікування хворих на оперізуючий лишай

Показники	1-а група (поляризоване світло, n = 18)		2-а група (симптоматичні засоби, n = 29)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
CD3 ⁺ , %	55,2±1,42	62±1,5* **	55,5±2,1	56,8±1,86
CD4 ⁺ , %	32,4±1,8	36,6±2,67	32,2±1,86	31,7±0,95
CD8 ⁺ , %	23,8±1,3	27±1,02* **	22,4±1,23	23,1±1,09
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	1,34±0,03	1,35±0,04	1,43±0,06	1,37±0,12
НК-клітини, %	11,1±0,78	11,7±1,79	12±1,59	11,3±1,03
ЦІК, опт. од.	0,102±0,01	0,07±0,005* **	0,132±0,055	0,1±0,005

Примітка: * – достовірно в порівнянні з показниками пацієнтів контрольної групи; ** – достовірно в порівнянні з показниками до лікування.

Отже, застосування поляризованого світла апарата «Біоптрон» у лікуванні хворих на оперізуючий лишай мало позитивний вплив на показники імунологічної реактивності організму, а загальноновживана симптоматична терапія не забезпечувала достовірних змін жодного з досліджуваних показників імунологічної реактивності – розлади імунного гомеостазу залишились некомпенсованими.

Середня тривалість захворювання й лікування була у 2-й групі 22,4±3,0 і 15,4±2,7, а в 1-й групі – 18,0±4,1 (80,3 %) і 11,4±2,3 (74,0 %) діб (рис. 3).

Висновки

1. Поляризоване світло апарата «Біоптрон» має позитивний вплив на перебіг та імунологічний статус хворих на оперізуючий лишай. Прояви захворювання на шкірі та слизовій оболонці порожнини рота загоювалися швидше, а больовий синдром мав меншу інтенсивність. Строки тривалості хвороби та її лікування зменшувались на 19,7 і 26 %.
2. Метод лікування із застосуванням ПАЙЛЕР-світла доцільно включати в комплексну терапію оперізуючого лишая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринский И.Ф., Шубладзе АХ., Каспаров А.Т., Гребенюк В.Б. Герпес: эпидемиология, диагностика, лечение. – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
2. Богомолов Б.Л., Бахур Е.Ф. Опоясывающий герпес у онкологических больных // Терапевт, архив. – 1990. – № 1. – С. 99–103.3.
3. Деконенко Е.Л., Шишов А.С., Куприянова Л.В. Невралгия и лечение зовираксом больных с опоясывающим герпесом // Терапевт, архив. – 1998. – 70, № 12. – С. 63–65.
4. Фролов А.Ф. Персистенция вирусов (механизмы и клиничко- патогенетические аспекты). – Винница: Изд-во Винниц. мед. ун-та им. Н.И. Пирогова, 1995. – 233 с.
5. Гранитов В.М. Герпесвирусная инфекция. – М.: Мед. книга, 2001. – 88 с.
6. Гречко В., Синева И. Постгерпетическая невралгия (невропатия) тройничного нерва // Мед. газета. – 1998, 27.2. – С. 8–9.
7. Гуляр С.А. Двойная технология сохранения здоровья в экологически неблагоприятных условиях: синергизм ПАЙЛЕР-света и антиоксидантов // БИОПТРОН: теория, клиника, перспективы. Материалы юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 5-летию деятельности Zepter International в Украине. – Zepter-Киев, 1999. – С. 6–21.
8. Kost R.G., Straus S.J. Postherpetic neuralgia – pathogenesis, treatment and prevention // New England J. Med. – 1996. – № 1. – P. 32–42.
9. Петрова Г.А., Павлова Л.Г. Диагностика и лечение простого и опоясывающего лишая. – Нижний Новгород, 2000. – 24 с.
10. Шишов А.С. Энцефалит в остром периоде опоясывающего герпеса у детей // Неврология и психиатрия. – 1988. – № 8.

Использование фототерапии в лечении больных опоясывающим лишаем

Ю.Г. Коленко, А.В. Линовицкая, Н.И. Коваль, И.Е. Воронина, Н.В. Воловик

Резюме. Опоясывающий лишай является распространенным заболеванием, характеризуется пузырьково-эрозивным поражением кожи и слизистой оболочки полости рта и сильным болевым синдромом. Эффективность поляризованного света при лечении больных опоясывающим лишаем изучена у 47 больных в возрасте от 10 до 82-х лет. Больные были разделены на две группы. Пациенты 1-й группы (18 человек) получали на фоне общепринятого лечения аппликации поляризованным светом аппарата Биоптрон (местно и на область грудины с экспозицией до 10 мин). Пациенты 2-й группы (29 человек) получали только общепринятое лечение. Установлено, что Пайлер-свет оказывает положительное влияние на динамику заболевания и иммунологический статус больных с опоясывающим лишаем. Высыпания зажили быстрее, а болевого синдрома имел меньшую выраженность. Сроки длительности заболевания и его лечения укорачивались на 19,7 и 26 %. Метод лечения опоясывающего лишая с применением Пайлер-света рекомендуется включать в комплексную терапию.

Ключевые слова: BИОПТРОН, PILER-свет, боль, вирус опоясывающего лишая, иммунитет.

Phototherapy use in patients with herpes zoster

Yu. Kolenko, O. Linovytzka, N. Koval, I. Voronina, N. Volovik

Summary. The polarized light effectiveness in treatment of shingles has been studied in 47 patients from 10 to 82 years. The patients have been divided into two groups: the first group (18 patients) received the applications with BИОПТРОН polarized light (on the damaged zones and the sternal area with exposition up to 10 min) in complex with standard therapy; the second group (29 patients) received only standard therapy. PILER-light had a positive effect on the disease course and immunological status in patients with shingles. Skin rashes healed faster, and painful syndrome was less intensive. Duration of disease and its treatment shortened down to 19.7 % and 26 % respectively. The treatment of shingles with PILER-light is recommended to be included in the complex therapy.

Key words: BИОПТРОН, PILER-light, pain, herpes zoster virus, immunity.

Ю.Г. Коленко – доцент кафедры терапевтической стоматологии НМУ имени А.А. Богомольца. E-mail: kolenko.julia@gmail.com.

О.В. Линовицкая – профессор кафедры терапевтической стоматологии НМУ имени А.А. Богомольца.

Н.И. Коваль – ассистент кафедры терапевтической стоматологии НМУ имени А.А. Богомольца.

И.Е. Воронина – ассистент кафедры терапевтической стоматологии НМУ имени А.А. Богомольца.

Н.В. Воловик – врач стоматолог отделения заболеваний слизистой оболочки полости рта Стоматологического медицинского центра НМУ имени А.А. Богомольца.