

# Постзостерная невралгия

Ф. С. ХАРЛАМОВА<sup>1</sup>, О. В. ШАМШЕВА<sup>1</sup>, В. Ф. УЧАЙКИН<sup>1</sup>, Н. Ю. ЕГОРОВА<sup>1</sup>, Л. Н. ГУСЕВА<sup>1</sup>, И. М. ДРОЗДОВА<sup>2</sup>

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва<sup>1</sup>,  
ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва<sup>2</sup>

Статья посвящена постзостерной невралгии, в которой представлены литературный обзор и клинический случай собственного наблюдения — неблагоприятного исхода ветряной оспы у ребенка 7 лет в виде сформировавшегося постзостерного ганглионита лицевого и тройничного нервов — синдрома Ханта, нейропатии большого затылочного нерва. Обсуждена тактика комплексной терапии и способы профилактики при данной патологии.

**Ключевые слова:** ганглионит, герпесвирусы, варицелла-зостер вирус, постзостерная невралгия, синдром Ханта, ипохондрический синдром, иммунотропная, нейротропная и противовирусная терапия

## Postherpetic Zoster Neuralgia

F. S. Kharlamova<sup>1</sup>, O. V. Shamsheva<sup>1</sup>, V. F. Uchaykin<sup>1</sup>, N. Y. Egorova<sup>1</sup>, L. N. Guseva<sup>1</sup>, I. M. Drozdova<sup>2</sup>

Russian National Research Medical University after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation<sup>1</sup>,  
Morozovskaya Children's Clinical Hospital<sup>2</sup>, Moscow

The article is devoted postzoster neuralgia, which presents a literature review and clinical case own observations — unfavorable outcome of varicella in a child of 7 years in the form of formed postzoster ganglionitis facial and trigeminal nerve - Hunt syndrome, neuropathy greater occipital nerve. Debated tactics of complex treatment and prevention methods for this pathology.

**Keywords:** ganglitis, herpes, varicella - zoster virus, postzoster neuralgia, Hunt syndrome, hypochondriasis, immunotropic, neurotropic and antiviral therapy

**Контактная информация:** Харламова Флора Семеновна — д.м.н, профессор кафедры инфекционных болезней у детей ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ; г. Москва; +7(499) 236-25-51; kharlamova47@bk.ru

Kharlamova Flora Semenovna - DMS, Professor, the Department of Infectious Diseases in Children, Russian National Research Medical University after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation; Moscow; +7 (499) 236-25-51; kharlamova47@bk.ru

УДК 616.9:578.825.11

Постгерпетическая невралгия является актуальной проблемой современной медицины и неврологии, что связано с ростом числа герпесвирусных заболеваний с формированием болевого синдрома в случае поражения ганглиев. Частота опоясывающего герпеса после перенесенной ветряной оспы с формированием невралгии в различных странах мира составляет от 0,4 до 1,6 случая заболевания на 1000 пациентов в год в возрасте до 20 лет.

Вирусы герпеса широко распространены в природе, являясь самыми древними возбудителями болезней человека. Такая способность длительно сохраняться во времени связана с их свойством переходить в латентное состояние и интегрироваться в геном хозяина, трансформируясь в другую качественную форму. Герпесвирусы отличаются широким разнообразием путей передачи инфекции, способны поражать любые органы и системы человеческого организма, вызывать острую, латентную и хронические формы заболевания. В современной классификации, в зависимости от типа клеток, вовлеченных в инфекционный процесс, характера репликации вирусов, структуры их генома эти вирусы делятся на три подсемейства —  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -герпесвирусы [1–5]. Представителями  $\alpha$ -герпесвирусов являются вирус простого герпеса 1-го, 2-го типов (ВПГ-1, 2) и вирус ветряной оспы — опоясывающего лишая — НЗВ (ВГЧ-3 типа). К  $\beta$ -герпесам относятся ВГЧ-5 типа — цитомегаловирус. К  $\gamma$ -герпесам относятся ЭБВ — ВГЧ-4 типа, ВГЧ-6, 7 и 8 типов.

Характеристика вируса герпес зостер:

- семейство Herpesviridae;
- подсемейство Alphaherpesvirinae;
- род Poikilovirus (вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая); вирус Varicella-zoster.

НЗВ (ВГЧ-3), вирус варицелла-зостер, вызывая всем хорошо известную детскую инфекцию — ветряную оспу, может приводить к серьезным поражениям периферической нервной системы — ганглионевритам и ганглиорадикулитам.

Доказано, что в условиях даже одного субклона для вирионов характерны полиморфизм и антигенная вариативность. Поэтому, ВГЧ-3 у одних людей вызывает ветряную оспу, а у других — опоясывающий герпес, поражая у одних только кожу, у других — слизистые оболочки, а инфицируя эндоневральные и периневральные клетки ольфакторных волокон и попадая в паренхиматозные клетки обонятельной луковицы, может проникать в ЦНС. Полагают, что такой путь передачи — единственный способ проникновения в ЦНС нейротропных вирусов при инфекциях с низким уровнем вирусемии. Так, первично или после перенесенной ветряной оспы вирус через кожу и слизистые, далее лимфогенным и гематогенным путем проникает в ганглии, межпозвоночные узлы и задние корешки спинного мозга, где долгое время может персистировать в латентном состоянии. Вирус инфицирует ветви обонятельного или тройничного нервов, достигает луковицы обонятельного тракта или гассерова узла, что клинически проявляется острым ганглионитом [4, 5].

При снижении иммунологической реактивности под влиянием различных факторов, таких как иммунодефицитное состояние, обострение хронических заболеваний, прием иммунодепрессантов, интоксикации, латентная инфекция может активизироваться. Активация вируса сопровождается развитием ганглионита (межпозвоночных ганглиев или ганглиев черепных нервов, а также задних корешков). При данном заболевании поражаются региональные, чувствительные ганглии с развитием ко-

решковых болей, парестезий, сегментарных нарушений чувствительности, что отмечается практически у каждого больного [5].

По локализации выделяют поражения: тригеминального (гассерова узла); коленчатого; шейных; грудных; пояснично-крестцовых ганглиев [5, 6].

По МКБ 10 классифицируют:

- Опоясывающий лишай с другими осложнениями со стороны нервной системы (B02.2)
- Постгерпетический ганглионит узла коленца лицевого нерва (G53.0)
- Полиневропатию (G63.0)
- Невралгию тройничного нерва (G53.0).

Поражения коленчатого узла (ганглия коленца) вирусом опоясывающего лишая (*herpes zoster*) описали: в 1907 г. американский невролог J.R. Hunt, а в 1912 г. французские неврологи Dejerine, Souques, Sicard. Проявления заболевания начинаются остро, с общих симптомов интоксикации и повышения температуры. У части больных может наблюдаться поражение лицевого нерва и невралгия тройничного нерва с продолжительностью до нескольких недель. J.R. Hunt (1907) подробно описал четыре клинические формы этого заболевания, которое в дальнейшем стало называться синдромом Ханта. В случаях очень распространенного ушного зостера, последний захватывает не только наружный слуховой проход, ушную раковину, сосцевидный отросток, но и барабанную перепонку, которая иногда очень тяжело страдает. В таких случаях поражается область, иннервируемая V, VII и X парами, причем поражение этих нервов сопровождается поражением ганглиев соответствующих черепных нервов или же анастомозов, связывающих конечные разветвления всех вышеперечисленных нервов [6, 7].

При ганглионите гассерова узла отмечаются мучительные боли и высыпания в зоне иннервации I, II, III или всех ветвей тройничного нерва. По мнению ряда авторов, герпетические ганглиониты гассерова узла встречаются чаще, чем ганглиониты межпозвоночных узлов.

У большинства больных с данной локализацией процесса наблюдается повышение температуры и отек лица на пораженной стороне, а также болезненность в точках выхода тройничного нерва. Невралгия — поражение периферических нервов, характеризующееся приступами боли в зоне иннервации какого-либо нерва. В отличие от неврита при невралгии нет двигательных нарушений и выпадения чувствительности [7—9].

Постзостерная (постгерпетическая) невралгия (ПГН) возникает примерно у 10—15% пациентов, страдающих опоясывающим лишаем. Развитию постзостерной невралгии предшествуют одновременно общая нечувствительность пораженного дерматома и сильная боль в начальной фазе опоясывающего лишая. ПГН описывается как постоянная мучительная, жгучая боль различной интенсивности, иногда сопровождаемая внезапными кратковременными приступами дизестезии, такими как пощипывание и пронзительная боль.

Болевой синдром имеет выраженную вегетативную окраску в виде жгучих, приступообразных, резких болей, усиливающихся в ночное время. В дальнейшем боли ре-

цидивируют и беспокоят больного в течение многих месяцев и лет, вызывая потерю трудоспособности, нарушая сон, изменяя его психический и эмоциональный статус, формируя постоянный синдром — постгерпетической невралгии. Затяжной, тяжелый характер заболевания с длительным, выраженным алгическим синдромом способствует формированию личностных расстройств психики [10].

Приводим собственное клиническое наблюдение ганглионита, развившегося в результате осложненного течения ветряной оспы.

Больная Арина К., 20.06.1992 г. р., история болезни №18230.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от 1 беременности, протекавшей без патологии, срочных родов, весом 3650 г, длиной 53 см. Ранний постнатальный период протекал без патологии, на грудном вскармливании находилась до 6 мес. Развитие соответствовало возрасту. Аллергоанамнез не отягощен. Прививки проводились согласно НКП, патологических реакций в поствакцинальном периоде не отмечалось. Перенесла в 2,5 года коклюш, в 4 года — энтеровирусную миалгию. Девочка проживала в Краснодарском крае.

*Анамнез заболевания.*

В возрасте 7 лет (1999 г.) заболела ветряной оспой, протекавшей с обилием высыпаний на коже и слизистых, которые преимущественно локализовались в области головы, шеи, лица, ушей. Регистрировался гипертермический синдром с последующим длительным субфебрилитетом (в течение 40 дней). На 21 день от начала заболевания вновь отмечался подъем температуры до 40°C. Накануне за несколько дней девочка жаловалась на сильную «жгучую» боль в области глазниц, лба, где вновь появились папулезно-везикулезные высыпания. На этом фоне жаловалась на светобоязнь, слезотечение, звуко-шумовую непереносимость, отмечалась упорная цефалгия. Была госпитализирована.

В стационаре получала антибиотико- и глюкокортикоидную терапию, противовирусная терапия не проводилась. Состояние на фоне лечения улучшилось, исчез болевой синдром. Однако спустя 6 мес. появились повторные жалобы на «распирающие», «жгучие» боли в области глаз, ушей, шейной области, что сопровождалось гиперемией и отеком в периорбитальной области. На фоне короткого курса гормональной терапии указанные симптомы купировались. Весной 2000 года повторились те же жалобы, получала лечение в условиях санатория без особого эффекта, после которого периодически госпитализировалась в неврологическое отделение. Получала симптоматическую терапию.

В 2002 году на фоне усиления болевого синдрома той же локализации проведена терапия ацикловиром с положительным эффектом. В 2003 году отмечался очередной приступ более интенсивных и продолжительных болей в области глаз, шеи, ушей, со слезотечением, упорной головной болью. Был диагностирован синдром Ханта. Получен кратковременный эффект от терапии ацикловиром внутривенно. Через 2 недели приступ повторился, но меньшей интенсивности. В течение 2003 года проводи-

лась месячным курсом комбинированная терапия препаратом ВИФЕРОН 500 000 МЕ, Т-активиним, девочка редко посещала школу из-за повторных приступов болевого синдрома. Консультирована была в Москве в Гос. мед. академии им. М.И. Сеченова, где психиатром диагностирован ипохондрический синдром.

В феврале 2004 года обратилась за помощью на нашу кафедру детских инфекций РНИМУ им Н. И. Пирогова, на базе Морозовской детской городской клинической больницы, где при осмотре подтвержден синдром Ханта после перенесенной ветряной оспы и герпес зостер, что требовало исключения других фоновых персистирующих герпесвирусных инфекций и оценки иммунного статуса.

При неврологическом обследовании отмечались жалобы на головокружение, сопровождавшиеся тошнотой, боли в затылочно-околоушной и периорбитальной зонах. Отмечена слабость конвергенции, значительная сглаженность носогубной складки справа, гиперестезия в зоне С2—С3 справа; болезненность в области большого затылочного нерва справа; повороты головы в стороны были ограничены; общий тон настроения сниженный, девочка устойчиво фиксирована на своих ощущениях.

Рентгенологически в области шейного отдела позвоночника патологии не выявлена.

При осмотре окулиста выявлялись спазм аккомодации, приобретенная миопия.

Проведено серологическое и молекулярно-генетическое обследование на весь спектр герпесвирусных инфекций (ГВИ), получены положительные результаты на ЭБВ, ВГЧ 1, 6 типов при исследовании крови, мочи и слюны методами ИФА и ПЦР, что указывало на медленную персистирующую ГВИ, включая варицелла-зостерную инфекцию:

ИФА на anti-IgG к HVZ — 1:16 000; anti-IgG к HSV1 — 1:24 000;

anti-IgG к EBV (к VCAg — 1:160; к EAg — 1:80);

В слюне: DNA HHV-6 — положит., DNA EBV — положит., DNA CMV — положит.

В моче: DNA HHV-6 — положит., DNA EBV — положит., DNA CMV — положит., DNA HSV1 — положит.

В крови — отр.

В иммунном статусе выявлена недостаточность клеточного иммунитета: снижение CD19+, CD20+, CD4+, ИРИ-до 0,89. Показатели иммуноглобулинов А, М и G — в пределах нормы.

Консультирована и обследована иммунологом в НИИ иммунологии РАМН, где установлено вторичное иммунодефицитное состояние на фоне медленно текущей персистирующей герпесвирусной микстинфекции.

При исследовании общих анализов крови, мочи, биохимического анализа крови патологии не выявлено.

Таким образом, с учетом данных анамнеза заболевания, результатов объективного и лабораторного обследования, у больной диагностирован синдром Рамсея—Ханта (ганглионит с поражением ядер лицевого и тройничного нервов), нейропатией большого затылочного нерва, который развился на фоне хронической смешанной персистирующей ГВИ: HVZ, HSV1, CMV и HHV-6 типа со

сформировавшимся вторичным иммунодефицитным состоянием. Сопутствовал астено-ипохондрический синдром на фоне хронического болевого синдрома.

Следует отметить несвоевременность назначения противовирусной терапии, которая первично не была применена в остром периоде заболевания ветряной оспой, протекавшей тяжело, и при рецидивирующем характере течения требовалось уточнение фоновой патологии, обусловившей неблагоприятный исход этой инфекции.

Учитывая кратковременность эффекта на предшествующую противовирусную и гормональную терапию, на клинической базе нашей кафедры — Морозовской детской городской клинической больницы решено было в комплексную терапию включить курс высокоактивных в/в иммуноглобулиновых препаратов (пентаглобина, октагама — 22,5 г на курс), миелопида интраназально, Т-активина 100 мг в/м 1 мес.; с противовоспалительной целью в/в получала фосфоглиг прерывистым курсом — 3 мес.; гепон интраназально 2 недели; нейропсихотропные препараты: амитриптиллин ½ табл. на ночь, финлепсин ½ табл. x 2 раза — до 3 мес., кавинтон 1 т. x 3 раза в сутки 1 мес., фенибут 1 т. x 3 раза на время стационарного лечения. На фоне применяемой терапии состояние больной значительно улучшилось.

Так как девочка переехала на постоянное жительство в Москву, было продолжено наблюдение в катамнезе на нашей кафедре детских инфекций РНИМУ и в неврологическом центре. За время 5-летнего наблюдения у девочки интенсивность и частота повторных приступов болевого синдрома значительно уменьшились на фоне повторных курсов нейротропных и иммунотропных препаратов, включая и противовирусную терапию фамвиром. Это способствовало включению больной в нормальный режим обучения в школе и параллельно в музыкальной школе (чего она была лишена в течение нескольких лет). Обучение продолжила в музыкальном лицее.

## Заключение

Применение своевременного комплексного системного подхода в лечении основных причин заболевания постзостерного ганглионита с использованием противовирусных, иммунотропных нейротропных препаратов, так и препаратов, воздействующих на болевой синдром, позволяет уменьшить степень инвалидизации подобной категории больных.

Существующие мифы о том, что ветряная оспа является легкой детской инфекцией, легко развеиваются, когда эта инфекция наслаивается на персистирующую другую герпесвирусную инфекцию, на иммунодефицит, органическую сосудистую патологию головного мозга и др., часто предопределяющих неблагоприятный исход заболевания.

Поэтому вопрос о назначении противогерпетической терапии в подобных случаях решается в пользу назначения таковой даже при легкой форме ветряной оспы.

Принципиально важной остается недооценка значимости профилактики этой инфекции, где до настоящего времени существует расхожее, ничем не подкрепленное мнение о том, что:

— «ветряная оспа — не опасная инфекция»,

- «с введением прививок возрастает риск развития опоясывающего лишая»,
- «вакцина не дает желаемого эффекта»,
- «введение вакцины чревато высоким риском осложнений» и т.д.

Очень хочется авторам этой статьи привлечь внимание педиатров и врачей общей практики к проблеме лечения и профилактики ветряной оспы у детей и взрослых, т.к. переболев ею однажды, даже в легкой форме, продолжаем в себе носить этот вирус на протяжении всей жизни с огромным риском потерять беременность, родить инвалида или заболеть тяжелой неврологической патологией.

В современном стандарте и протоколе лечения, профилактики ветряной оспы и опоясывающего герпеса приводятся следующие рекомендации:

#### Противовирусная терапия

При среднетяжелой и тяжелой формах ветряной оспы или опоясывающего лишая, а также при иммунодефицитных состояниях, в том числе пациентам, получающим иммуносупрессивную терапию цитостатиками или ГКС, страдающим фоновой энцефалопатией, независимо от формы тяжести в качестве этиотропной терапии применяются противовирусные препараты.

Препаратом выбора при ветряной оспе является Ацикловир внутрь по 0,2 г (детям до 2 лет); по 0,4 г (детям 2—6 лет); по 0,8 г (детям старше 6 лет) 4 р/сут., 7 сут.

Препаратом выбора при опоясывающем лишае Валацикловир внутрь по 1 г 3 р/сут., 7 сут.

При тяжелой форме противовирусные препараты назначаются парентерально:

Ацикловир в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в капельно по 5—10 мг/кг

Препаратом выбора при опоясывающем герпесе для местного применения:

Валацикловир (мазь или крем) на пораженные участки 5 р/сут. с интервалом 4 ч, 5—10 сут + Глицирризиновая кислота (крем) на пораженные участки 5 р/сут. с интервалом 4 ч, 5—10 сут.

#### Иммунотерапия

При развитии энцефалита или менигоэнцефалита, а также при тяжелых атипичных формах с целью интенсификации этиотропной терапии вводятся стандартные иммуноглобулиновые препараты.

Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM) в/в капельно 5 мл/кг 3—5 введений (при необходимости через 1 неделю курс повторить) или

Иммуноглобулин человека нормальный в/в капельно 5—8 мл/кг 1 р/сут, 3—5 введений.

Проводится терапия антигистаминными препаратами, наряду с антипиретиками (парацетамолом, нурофеном), при болевом синдроме назначаются анальгетики.

#### Вакцинопрофилактика ветряной оспы

В настоящее время используется вакцина Варилрикс (ГлаксосмитКляйн Байолоджикалз с.а., Бельгия), вводится по 0,5 мл подкожно или внутримышечно.

Одна доза вакцины Варилрикс назначается детям в возрасте от 12 месяцев и до 13 лет, а две дозы назнача-

ются подросткам с 13 лет и взрослым с интервалом между дозами 6—10 недель — такая схема вакцинации обеспечивает 95% — оптимальную защиту против ветряной оспы.

Вакцина Варилрикс может назначаться одновременно с вакцинами от других инфекций, таких как корь-краснуха-паротит, что делает ее прекрасным кандидатом для универсальной массовой вакцинации. Вакцина показана для однократной постэкспозиционной профилактики в период до 96 часов после контакта с вирусом (предпочтительно в течение 72 часов). Это уменьшает тяжесть ветряной оспы и является обоснованной стратегией предотвращения вспышек.

Зарегистрированы также в России вакцины других фирм: Варивакс (Мерк Шарп и Доум Корп, США) и Окавакс (Бикен (Biken Institute), Япония).

В мире применяется вакцина Зоставакс, которая применяется у взрослых с целью профилактики опоясывающего герпеса.

#### Литература/References:

1. Боковой А.Г. Герпесвирусные инфекции у детей. — Москва: МАКС Пресс, 2008. — 144 с.  
Bokovoj A.G. [Herpesvirus infections in children]. — М.: MAKS Press, 2008. — 144 p. (In Russ.)
2. Скрипченко Н.В., Лобзин Ю.В., Иванова Г.П., Команцев В.Н. и др. Нейроинфекции у детей // Детские инфекции. 2014; 13(1): 8—18.  
Skripchenko N.V., Lobzin Yu.V., Ivanova G.P., Komantsev V.N. et al. Neuroinfections in children // *Childrens Infections*. 2014; 13 (1): 8—18. (In Russ.)
3. Игонина И.А., Колоколов О.В., Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Колоколова А.М., Ситкали И.В. Комплексное лечение герпетических поражений периферической нервной системы // РМЖ. 2013; 30: 15—18.  
Igonina I.A., Kolokolov O.V., Bakulev A.L., Kravchenya S.S., Kolokolova A.M., Sitkali I.V. Complex treatment of herpetic lesions of the peripheral nervous system // *RMJ*. 2013; 30: 15—18. (In Russ.)
4. Шаков И.М. Опоясывающий лишай // Леч. врач. 2011; 10.  
Shakov I.M. *Surrounding herpes zoster* // *Lech. Doctor*. 2011; 10. (In Russ.)
5. Опоясывающий герпес / Под ред. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс, 2010. — 24 с.  
[*Surrounding herpes zoster*] / Ed. AA Kubanova. — М.: Deks-Press, 2010. — 24 p. (In Russ.)
6. Thakur R., Philip A.G. Treating herpes zoster and postherpetic neuralgia: an evidence-based approach // *Journal of Family Practice*. 2012; 61(9): 9—15.
7. Hunt J.R. On herpetic inflammations of the geniculate ganglion: a new syndrome of its complications // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1907; 34: 73—96.
8. Hunt J.K. The sensory field of the facial nerve: a further contribution to the symptomatology of the geniculate ganglion // *Brain*. 1915; 38: 418—446.
9. Bhupal H.K. Ramsay Hunt syndrome presenting in primary care // *Practitioner*. 2010; 254(1727): 33—53.
10. Максимова М.Ю., Синева Н.А., Водопьянов Н.П. Постгерпетические невралгии (невропатии), обусловленные опоясывающим герпесом // Фарматека. 2013; 10: 58—62.  
Maximova M.Yu., Sineva N.A., Vodopyanov N.P. Postherpetic neuralgia (neuropathy) caused by herpes zoster // *Farmateka*. 2013; 10: 58—62. (In Russ.)