

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом ПО
Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор — Можейко Елена Юрьевна

**Реферат на тему: «Применение физиотерапевтических методов при
опоясывающем лишае»**

Выполнил: клинический ординатор

Минаков Кирилл Владимирович

Проверил преподаватель:

КМН

Субочева Светлана Алексеевна

Красноярск

2023

Содержание

1. Определение и причины появления опоясывающего лишая
2. Классификация
3. Симптомы
4. Диагностика
5. Лечение
6. Физиотерапевтические методы

Определение

Опоясывающий лишай – инфекционное заболевание, возбудитель которого (вирус герпеса 3-го типа) вызывает также ветряную оспу.

Поскольку вирус, проникая в чувствительные нервные окончания, встраивается в генетический аппарат нервных клеток, удалить его из организма невозможно. У переболевших ветряной оспой вирус переходит в латентное (неактивное) состояние.

При ослаблении иммунитета вирус активизируется, поражая кожные покровы. Болезнь чаще развивается у пожилых и у лиц с иммунодефицитными состояниями.

Причины заболевания

Вирус передается от больного ветряной оспой или опоясывающим лишаем контактным или воздушно-капельным путем. Человек, который при этом заражается первично (чаще всего ребенок), заболевает ветряной оспой.

Проникая через слизистые оболочки в кровь и лимфу, вирус достигает нервных клеток, где начинает размножаться. После выздоровления вирус пожизненно сохраняется в организме, чаще находясь в неактивном состоянии.

Пробуждение инфекции связано с ослаблением иммунитета, вызванном переохлаждением, длительным приемом стероидных гормональных препаратов, иммуносупрессией (после трансплантации), химио- и лучевой терапией, а также общим снижением иммунитета у пациентов с заболеваниями крови, онкологическими и вирусными болезнями. Очень тяжело протекает опоясывающий лишай у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Классификация заболевания

Клиническая картина опоясывающего герпеса складывается из кожных проявлений и неврологических расстройств. Различают типичную и атипичную формы заболевания.

При атипичной форме возможно стертое течение болезни, при котором в очагах гиперемии развиваются папулы, которые не трансформируются в пузырьки.

При опоясывающем герпесе распространение патологического процесса соответствует определенному участку кожи и не пересекает анатомической средней линии туловища. У большинства пациентов появлению сыпи предшествует чувство жжения или зуда в определенном участке кожи, а

также боль, которая может быть колющей, пульсирующей, стреляющей, носить приступообразный или постоянный характер.

У ряда больных болевой синдром сопровождается общими системными воспалительными проявлениями: лихорадкой, недомоганием, миалгиями, головной болью.

Инфицирование центральной нервной системы и поражение мозговых оболочек может давать менингеальную, энцефальную (симптомы свидетельствуют о поражении вирусом головного и/или спинного мозга и мозговых оболочек) или смешанную формы опоясывающего лишая. Если инфекция распространяется по ходу глазного нерва, развивается офтальмогерпес.

При появлении высыпания по всей поверхности кожи и на паренхиматозных органах (например, печени, почках) развивается генерализованная форма опоясывающего лишая. Другая разновидность опоясывающего лишая – геморрагическая.

Характерным признаком служит кровянистая жидкость внутри пузырьков.

Симптомы заболевания

Начало болезни сопровождается общей интоксикацией, недомоганием и лихорадкой. Возможны тошнота и рвота. Лимфатические узлы увеличиваются.

Появляются выраженные боли по ходу пораженного нерва, которые могут быть постоянными, но чаще носят приступообразный зудящий характер, усиливаясь в ночное время.

Их, как правило, провоцируют любые раздражители: прикосновение к коже, холод, движение. Некоторые пациенты жалуются на потерю чувствительности на отдельных участках кожи, которая может сочетаться с усилением болевой реакции.

Иногда болевой синдром при отсутствии высыпаний на коже может напоминать стенокардию, инфаркт миокарда, почечную колику или панкреатит. Период невралгии, предшествующий высыпаниям, продолжается до 7 дней.

Затем на одной стороне тела появляются узелки, из которых формируются пузырьки с прозрачным содержимым, которое постепенно мутнеет. По прошествии 3-7 дней большая часть пузырьков засыхает с образованием желто-бурых корочек.

При травмировании пузырьков обнажаются ярко-красные язвочки. После заживления язвочек на коже остаются небольшие струпья или рубцы.

Чаще всего сыпь и боль отмечаются в области ребер, поясницы и крестца, реже – по ходу ветвей тройничного, лицевого и ушного нерва и на конечностях.

В редких случаях поражаются слизистые оболочки.

Диагностика

Поставить диагноз можно после осмотра и опроса пациента. Врач обращает внимание на характер высыпаний (локализованный и односторонний), вид пузырьков и жалобы на зудящую жгучую боль.

Сложнее выявить атипичную форму опоясывающего лишая. При стертой форме боль и другая неврологическая симптоматика могут отсутствовать.

При невrogenных нарушениях до появления высыпаний поставить диагноз можно на основании результатов лабораторных анализов. При этом используют гистологическое исследование, а также выделяют вирус в культуре клеток.

Быстро подтвердить герпетическую природу высыпаний помогает тест Цанка: в соскобе материала, взятого с основания пузырька, обнаруживают гигантские многоядерные клетки. Однако этот тест не дает возможности определить тип герпеса.

Применяют также методы иммуноферментного анализа и непрямой иммунофлуоресцентной реакции. В последнее время диагностику вирусных инфекций проводят с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

В зависимости от первичной симптоматики пациенты с опоясывающим лишаем могут обращаться к различным специалистам. Однако в первую очередь стоит отправиться к терапевту для осмотра и получения направлений на анализы.

При появлении ограниченных, локализованных кожных высыпаний и отсутствии болевой симптоматики необходимо обратиться к дерматологу для проведения дифференциальной диагностики розового воспаления (вызываемого бактериями), экземы и т. д. При выраженном болевом синдроме, двигательных расстройствах необходима консультация невролога.

При поражении глаз, болях при движении глазных яблок требуется консультация офтальмолога. Генерализованная форма герпеса часто требует

госпитализации и объединенных усилий иммунолога, невролога и дерматолога.

Лечение

При любой локализации высыпаний в первую очередь назначают противовирусные средства (препарат, кратность введения и дозировку определяет лечащий врач).

Особенно эффективно их действие в первые 72 часа от начала клинических проявлений.

При наличии сильного болевого синдрома врач может рекомендовать противовоспалительную терапию. Однако при этом необходимо учитывать противопоказания (например, хронические заболевания, такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет, эрозивные поражения кишечника, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).

Если эффект от анальгетиков отсутствует, врач может назначить препараты с центральным анальгетическим действием (часто они отпускаются по рецепту) и невральные блокады. Наружное (местное) лечение необходимо для устранения воспаления и предупреждения инфицирования кожи другими агентами (например, бактериями).

При эрозивных формах опоясывающего лишая на пораженные участки наносят кремы и мази, обладающие антибактериальным действием.

Врач также может рекомендовать лечение, направленное на повышение иммунитета, например, прием витаминов (в частности, группы В).

Осложнения

При вскрытии пузырьков возможно присоединение вторичной инфекции (бактериальное инфицирование кожи), которое сопровождается повышением температуры и общей интоксикацией.

К типичным осложнениям опоясывающего лишая относятся невриты, парезы и параличи чувствительных и двигательных нервов.

Постгерпетическая невралгия трудно поддается лечению.

Глазная форма герпеса может привести к кератиту (воспалению роговицы), реже — к ириту (воспалению радужной оболочки глаза) или глаукоме (повышению внутриглазного давления). Кроме того, возможно развитие неврита зрительного нерва, иногда с последующей его атрофией и слепотой.

При поражении ветви глазодвигательного нерва развивается птоз (опущение верхнего века). Иногда пациенты жалуются на нарушение слуха, поражение вестибулярного аппарата, в тяжелых случаях – на параличи и парезы органов полости рта.

Кроме того, пациенты могут отмечать шум в ушах или повышенную чувствительность к звукам. Поражение пояснично-крестцовых нервных узлов иногда приводит к задержке мочеиспускания, запорам или поносам.

У пациентов со значительно ослабленным иммунитетом (при ВИЧ-инфекции, онкологических заболеваниях) опоясывающий лишай часто протекает в генерализованной форме и осложняется менингитом, энцефалитом или менингоэнцефалитом.

Профилактика опоясывающего лишая

Поскольку опоясывающий лишай вызывает то же возбудитель, что и ветряной оспы, в основе профилактики заболевания будут лежать те же меры, что и при ветрянке.

Для предотвращения распространения инфекции необходима изоляция больного, которая длится до 5 дней со момента появления последнего элемента сыпи.

За лицами, контактировавшими с больным ветряной оспой, наблюдают в течение 21 дня. В качестве экстренной профилактики используют активную (вакцинация) и пассивную (введение иммуноглобулина) иммунизацию.

Вакцинацию проводят детям старше 12 месяцев и взрослым, не имеющим противопоказаний, в первые 72-96 часов после вероятного контакта с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Пассивная иммунизация противоветряночным иммуноглобулином показана лицам с низким иммунитетом, имеющим противопоказания к прививкам, беременным, детям до 12 месяцев и новорожденным, матери которых заболели ветряной оспой в течение 5 дней до рождения ребенка.

Введение иммуноглобулина также проводят в течение 72-96 часов после контакта с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

Физиотерапия

Опоясывающий лишай — острое вирусное заболевание, при котором поражаются спинальные ганглии. Характеризуется кожными высыпаниями в виде папул и выраженной болью на уровне поражения спинальных ганглиев.

Физиолечение:

– с 1-го дня заболевания для ослабления острого болевого синдрома:

1. Транскраниальные методики обезболивания и седативного действия.
2. ВИМТ. Аппарат: «АМИТ-01» или АМТ2-«АГС». ВИМТ — весьма эффективный метод обезболивания при данном заболевании. Воздействие проводят контактно через марлевую салфетку или с зазором 1 см на открытую поверхность.

Сканирующая методика по зоне поражения спинальных ганглиев (индуктор «S») и в зоне соответствующего сегмента спинального ганглия (индуктор «N»). Амплитуда магнитной индукции 800–1100 мТл, интервал между импульсами 20 мс. Продолжительность воздействия 10–15 мин ежедневно. Курс лечения 10–12 процедур.

3. Импульсное УФ-облучение кожных покровов в зоне высыпаний. Доза: 1–3 биодозы на облучение. Воздействия проводят через 1–2 дня. Курс лечения 5 процедур.

4. Облучение длинноволновым спектром УФ-излучения. Аппарат: ОУФ 320/400-03 «Солнышко» по 15–20 мин ежедневно. Курс лечения 15 процедур.

5. Фототерапия красным и синим светом области высыпаний. Аппарат: «Геска». Продолжительность процедуры 20–30 мин, 2–3 раза в день.

6. Фототерапия поляризованным светом области высыпаний. Лампа: «Биоптрон». Продолжительность воздействия 20–30 мин ежедневно. Курс лечения 12–15 процедур.

7. ИК-лазерная терапия. Методика бесконтактная, сканирующая по проекциям на кожные покровы пораженных спинальных ганглиев. Режим излучения непрерывный или импульсный, частота 1500 Гц. Продолжительность воздействия 8–10 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур;

– с момента образования струпов в области папулезной сыпи и после их удаления:

Гелий-неоновое (красное) лазерное излучение на пораженные участки кожи. На большой площади поражения методика воздействия сканирующая. Диаметр пятна лазерного излучения 5 см. Продолжительность воздействия 10–15 мин ежедневно. Курс лечения 12–15 процедур;

– после очищения кожных покровов от корочки остаются депигментированные участки кожи, и сохраняется умеренный болевой синдром:

1. ЧЭНС по зоне гипералгезии. Аппараты: «ДиаДЭНС», «Рикта-Эсмил» или «Пролог». Частота 80–170 Гц. Продолжительность воздействия 15 мин ежедневно. Курс лечения 10–15 процедур.
2. Амплипульстерапия на область спинальных ганглиев. Параметры тока: режим синусоидальный, род работы III и IV, частота 70 Гц, глубина модуляции 100%, длительность посылок и пауз 1–1,5 с, сила тока — до умеренной вибрации под электродами. Продолжительность воздействия 10–12 мин ежедневно. Курс лечения 8–10 процедур. В случае выраженного болевого синдрома сеанс проводят в режиме выпрямленного тока с анальгетиками: новокаином, лидокаином, тримекаином, т. е. выполняют процедуру амплипульсфореза обезболивающих средств.
3. Ультрафонофорез анестезирующей смеси на область проекции спинальных ганглиев. Интенсивность ультразвука 0,2–0,4 Вт/см², режим непрерывный. Продолжительность воздействия 6–8 мин ежедневно. Курс лечения 10–12 процедур.
4. Дарсонвализация или ультратонтерапия в области зоны поражения. Электрод располагают контактно (безыскровый метод), методика лабильная. Продолжительность воздействия 10–15 мин ежедневно. Курс лечения 10–12 процедур.
5. Электрическая стимуляция знакопеременным полем высокого напряжения. Аппарат: «Нивамат». Частота 100–250 Гц. Продолжительность воздействия 10–15 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

Заключение

Актуальность проблемы опоясывающего герпеса (лишай) состоит в его широком распространении в мире, высоких показателях заболеваемости в значительной части субъектов Российской Федерации, а также тяжести осложнений, вызываемых этой инфекцией.

В 2019 г. в целом ряде административных образований РФ отмечалась неблагоприятная эпидемическая ситуация, связанная с заболеваемостью опоясывающим герпесом.

В некоторых регионах цифры заболеваемости существенно превышали среднероссийские показатели, наиболее уязвимыми были лица пожилого возраста.

Выяснилось, что существующие методы профилактики опоясывающего герпеса, направленные, главным образом, на пропаганду здорового образа жизни и гигиеническое воспитание населения, не приносят желаемых

результатов, уровень заболеваемости опоясывающим герпесом остаётся высоким.

Таким образом, необходимо тщательно подходить к профилактике и лечению опоясывающего лишая, используя разные элементы, в том числе и физиотерапевтическое лечение.

Список литературы

1. Герпес опоясывающий: Клинические рекомендации. МЗ РФ. 2016.
2. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 05.02.2018 № 12 об утверждении СП 3.1.3525-18 «Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая». 2018.
3. Ушаков А. А. Практическая физиотерапия. Руководство для врачей. 3-е издание, исправленное и дополненное. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013.
4. Боголюбов В. М. Техника и методики физиотерапевтических процедур. 5-е издание. – М.: ГЭОТАР, 2019.
5. Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.