

РИСК РАЗВИТИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

Кафедра эпидемиологии БГМУ, г. Минск

Опоясывающий лишай является широко распространенным заболеванием среди населения всех стран. Его частота, по данным обращаемости, повсеместно растет. При оценке эпидемической ситуации следует учитывать, что статистический учет заболеваний во многих странах, включая Беларусь, не проводится. Заболевание опоясывающим лишаем возникает вследствие реактивации вируса варицелла зостер в иммунном организме. В популяции 90 % взрослых являются восприимчивыми, пожизненный риск развития заболевания составляет 30 %. Повторные эпизоды отмечают 5 % больных. Клинически протекает более тяжело, чем ветряная оспа. По данным Mullooly, длительность госпитализации больных с ветряной оспой в среднем составляла 4,2 дня, с герпесом зостер — 12,7 дней.

Опоясывающий лишай относится к заболеваниям, клинические проявления которого наиболее часто наблюдаются в старших возрастных группах, и уровень распространенности неуклонно возрастает в каждое десятилетие жизни. На лиц в возрасте 60 лет и старше приходится 40–50 % новых случаев.

Если у пациентов с исходно сохраненной иммунной системой риск развития опоясывающего лишая увеличивается с возрастом, то для ВИЧ-инфицированных лиц возрастные критерии не имеют значения. Заболевание может развиваться в любом возрасте и проявиться на любой стадии ВИЧ-инфекции. Риск реактивации вируса оценивается в 3–5 % в течение года, что в 10–20 раз выше, чем среди здоровых лиц среднего возраста.

В когортном исследовании, проводимом на протяжении 14 лет, параметры относительного риска у ВИЧ-инфицированных составляли 1,76–2,29 у лиц с количеством CD4 лимфоцитов < 200/мкл и 1,15–1,3 — у лиц с количеством CD4 лимфоцитов \geq 200/мкл.

Факторами риска развития опоясывающего лишая также являются онкологические заболевания и некоторые лечебные мероприятия, такие как химиотерапия, рентгенотерапия, применение кортикостероидов, проведение иммуносупрессии при пересадке органов или костного мозга. По данным отдельных исследований частота развития данной патологии у больных лимфогранулематозом после проведения комбинированной (химио- и лучевой) терапии составляла 27 %, при лучевой — 11 % и химиотерапии — 13 %, у больных острым лейкозом, перенесших трансплантацию костного мозга, достигает 60 %. Стандартизованный показатель заболеваемости опоясывающим лишаем больных раком составил 10,3 на 1000. У пациентов прослеживалась зависимость уровня заболеваемости опоясывающим лишаем от возраста. Так, у лиц в возрасте 0–49 лет показатель заболеваемости равнялся 6,2 ‰ (в общей популяции — 1,7 ‰), у лиц старше 50 лет — 12,2 ‰ (в общей популяции — 6,6 ‰). Существует зависимость между риском развития заболевания и степенью (продолжительностью) подавления Т-лимфоцитарной субпопуляции. По данным некоторых исследований снижение уровня лимфоцитов крови ниже $0,3 \cdot 10^9/\text{л}$ является фактором риска.

К важным факторам риска относят также врожденные дефекты клеточного иммунитета; истощение, тяжелые хронические заболевания (хроническая почечная недостаточность, аутоиммунные и системные заболевания соединительной ткани, тяжелая бронхиальная астма), внутриутробный контакт с вирусом варицелла зостер, ветряная оспа, перенесенная в возрасте до 18 месяцев, психический стресс и физическую травму.

Изучение эпидемиологических показателей путем ретроспективного анализа медицинской документации в двух учреждениях г. Минска показало, что в возрастных группах от 10 до 49 лет распространенность этой патологии, потребовавшей обращения за медицинской помощью и

госпитализации в специализированный стационар, находилась в пределах 0,024–0,049 на 1000 человек соответствующей возрастной группы. При этом самая низкая распространенность отмечена среди лиц в возрасте 30–39 лет (0,024 на 1000).

Рассчитанные нами параметры относительного риска показали, что после 49 лет в каждое последующее десятилетие вероятность возникновения заболевания возрастала. Так относительный риск заболевания опоясывающим лишаем с преимущественно кожными клиническими проявлениями составил 2,77 (ДИ 1,67–4,57; $\chi^2 = 15,87$, $p < 0,001$) в возрасте 50–59 лет; 6,97 (ДИ 4,41–10,99; $\chi^2 = 90,72$, $p < 0,001$) в возрасте 60–69 лет; 9,13 (ДИ 5,89–14,16; $\chi^2 = 140,38$, $p < 0,001$) в возрасте 70 лет и старше. Относительный риск развития заболевания опоясывающим лишаем с превалированием общеинфекционных симптомов также возрастал с увеличением возраста и составил в возрастной группе 50–59 в сравнении с возрастной группой до 49 лет 4,07 (ДИ 2,53–6,54; $\chi^2 = 37,37$; $p < 0,001$), в возрастной группе 60–69 лет 9,53 (ДИ 6,10–14,90; $\chi^2 = 143,13$; $p < 0,001$), в возрастной группе 70 лет и старше 14,89 (ДИ 9,82–22,59; $\chi^2 = 280,82$; $p < 0,001$).

Рассчитанный нами относительный риск заболевания опоясывающим лишаем ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20–39 лет составил 112,57 (ДИ 39,14–323,80; $p < 0,001$). Группу контроля составили неинфицированные ВИЧ лица того же возраста. Продолжительность заболевания опоясывающим лишаем составляла $14,7 \pm 2,59$ дней, что было существенно больше, чем средняя продолжительность этого заболевания у пациентов того же возраста, но не пораженных ВИЧ-инфекцией ($9,2 \pm 0,75$ дней) ($p < 0,05$). У данной категории лиц установлены повторные эпизоды клинических проявлений опоясывающего лишая.