



## ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА: РАСТУЩАЯ ПРОБЛЕМА

Т.В. Коннова, И.В. Роганова, Д.Ю. Константинов, Е.П. Коннова

Самарский государственный медицинский университет, ул. Чапаевская, д. 89, г. Самара, 443099, Россия

**Резюме.** Актуальность. Герпесвирусные инфекции и опоясывающий лишай широко распространены. В Российской Федерации в 2024 году заболеваемость опоясывающим лишаем составила 16,7 на 100 тысяч населения, отмечается рост заболеваемости среди лиц 18–44 лет. Одним из факторов риска развития опоясывающего лишая является ВИЧ-инфекция. *Цель работы:* определить клинические особенности опоясывающего лишая у лиц молодого (18–44 лет) и среднего (45–59 лет) возраста и его вклад в структуру герпесвирусных инфекций. *Материал и методы.* Работа выполнена на базе клиник и кафедр инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологии Самарского государственного медицинского университета. Проведён ретроспективный анализ 451 медицинской карты пациентов с герпесвирусными инфекциями за период с 2022 года по апрель 2025 года. Статистическая обработка данных включала корреляционный анализ по Пирсону и Спирмену, метод Фишера, t-критерий Стьюдента. *Результаты.* Опоясывающий лишай составляет 12,2% в структуре всех герпесвирусных инфекций и 22,6% среди  $\alpha$ -герпесвирусов. В 14,9% случаев Varicella-zoster virus входит в состав микст-инфекций. Доля пациентов молодого возраста составила 35,6%, среднего возраста – 31%, пожилого и старческого возраста – 33,4%. У молодых пациентов (18–44 лет) без выраженного иммунодефицита реактивация Varicella-zoster virus ассоциирована со стрессом, усталостью и сопутствующими заболеваниями, у лиц среднего возраста (45–59 лет) – с перенесёнными ОРВИ и переохлаждением. Раннее обращение за медицинской помощью (1–3 дня) характерно для пациентов 18–44 лет, позднее обращение (4–7 дней и более) – для лиц 45–59 лет. Заболевание начинается остро с появления сыпи, преобладает локализованная форма. В группе 18–44 лет чаще поражается туловище (71,4%), в группе 45–59 лет голова и туловище вовлекаются с одинаковой частотой. При позднем обращении сыпь более обширная. Болевой синдром и другие клинические проявления (головная боль, слабость, поражение глаз и уха, отёк тканей, лимфаденит) более выражены у пациентов среднего возраста. У ВИЧ-инфицированных пациентов отмечены более тяжёлое течение, длительная госпитализация (12,1±2,8 дня против 9,3±2,1 дня,  $p=0,02$ ) и чаще выявляется лимфопения (75% против 30%,  $p=0,04$ ). *Заключение.* Растёт заболеваемость опоясывающим лишаем среди лиц молодого и среднего возраста. Опоясывающий герпес у молодых пациентов представляет собой новую эпидемиологическую реальность, требующую междисциплинарного подхода. Необходим скрининг всех пациентов с опоясывающим лишаем на ВИЧ-инфекцию, уровень глюкозы крови и гликированный гемоглобин при первичном обращении, что позволит улучшить раннюю диагностику, предотвратить осложнения и снизить затраты на лечение.

**Ключевые слова / Keywords [MeSH]:** опоясывающий лишай / herpes zoster [D006562]; герпесвирусные инфекции / herpesvirus infections [D006566]; Varicella-zoster virus / Varicella-zoster virus [D014722]; молодой возраст / young adult [D055815]; средний возраст / middle aged [D008875]; клинические особенности / clinical features [D002986]; постгерпетическая невралгия postherpetic neuralgia [D051474]; ВИЧ-инфекция / HIV infections [D015658]; эпидемиология / epidemiology [D004813].

**Ключевые слова:** Герпесвирусные инфекции, герпес, опоясывающий лишай, herpes zoster, shingles, Varicella-zoster virus.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

**Соответствие нормам этики.** Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо.

**Для цитирования:** Коннова Т.В., Роганова И.В., Константинов Д.Ю., Коннова Е.П. Опоясывающий лишай у лиц молодого и среднего возраста: растущая проблема. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2025;15(6):75–81. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.6.CLIN.7>

## HERPES ZOSTER (SHINGLES) IN YOUNG AND MIDDLE-AGED PERSONS: A GROWING PROBLEM

T.V. Konnova, I.V. Roganova, D.Yu. Konstantinov, E.P. Konnova

Samara State Medical University, 89, Chapayevskaya str., Samara, 443099, Russia

**Abstract.** *Relevance.* Herpesvirus infections and herpes zoster are widespread. In the Russian Federation in 2024, the incidence of herpes zoster was 16.7 per 100,000 population, with an increasing incidence among individuals aged 18–44 years. HIV infection is one of the risk factors for herpes zoster development. *The aim* of the study is to determine the clinical features of herpes zoster in young (18–44 years) and middle-aged (45–59 years) individuals and its contribution to the structure of herpesvirus infections. *Material and methods.* The study was conducted at the clinics and departments of infectious diseases with epidemiology and dermatovenerology of Samara State Medical University. A retrospective analysis of 451 medical records of patients with herpesvirus infections from 2022 to April 2025 was performed. Statistical processing included Pearson and Spearman correlation analysis, Fisher's exact test, and Student's t-test. *Results.* Herpes zoster accounts for 12.2% of all herpesvirus infections and 22.6% of  $\alpha$ -herpesviruses. Varicella-zoster virus is part of mixed infections in 14.9% of cases. The proportion of young patients was 35.6%, middle-aged – 31%, elderly and senile – 33.4%. In young patients (18–44 years) without pronounced immunodeficiency, Varicella-zoster virus reactivation is associated with stress, fatigue, and concomitant diseases, while in middle-aged individuals (45–59 years) it is associated with acute respiratory viral infections and hypothermia. Early medical consultation (1–3 days) is typical for patients aged 18–44 years, while late consultation (4–7 days or more) is characteristic of individuals aged 45–59 years. The disease begins acutely with rash appearance; localized form predominates. In the 18–44 age group, the trunk is more often affected (71.4%), while in the 45–59 age group, the head and trunk are involved with equal frequency. Late presentation is associated with more extensive rash. Pain syndrome and other clinical manifestations (headache, weakness, eye and ear involvement, tissue edema, lymphadenitis) are more pronounced in middle-aged patients. HIV-infected patients demonstrate more severe course, longer hospitalization (12.1±2.8 days vs 9.3±2.1 days,  $p=0.02$ ), and more frequent lymphopenia (75% vs 30%,  $p=0.04$ ). *Conclusion.* The incidence of herpes zoster is increasing among young and middle-aged individuals. Herpes zoster in young patients represents a new epidemiological reality requiring a multidisciplinary approach. Screening of all herpes zoster patients for HIV infection, blood glucose level, and glycated hemoglobin at initial presentation is necessary, which will improve early diagnosis, prevent complications, and reduce treatment costs.

**Competing interests.** The authors declare no competing interests.

**Funding.** This research received no external funding.

**Compliance with ethical principles.** The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it necessary.

**Cite as:** Konnova T.V., Roganova I.V., Konstantinov D.Yu., Konnova E.P. Herpes zoster (shingles) in young and middle-aged persons: a growing problem. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ": Rehabilitation, Doctor and Health.* 2025;15(6):75–81. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.6.CLIN.7>



## ВВЕДЕНИЕ

Герпесвирусные инфекции (ГВИ) широко распространены среди населения [1-4]. Опоясывающий лишай (ОЛ) из группы ГВИ, вызываемый *Varicella-zoster virus (VZV)*, остаётся значимой медицинской проблемой из-за высокой распространённости, разнообразия клинических форм и риска серьёзных осложнений, таких как постгерпетическая невралгия (ПГН) и поражения нервной системы. ОЛ традиционно рассматривается как заболевание пожилых людей [1, 2], однако данные последних лет свидетельствуют о росте случаев среди молодых пациентов (18-44 года по критериям ВОЗ, 2025 г.). Ранее считалось, что *herpes zoster (HZ)* чаще возникает у лиц с ослабленным иммунитетом [1, 2]. Современные данные также показывают, что большинство случаев *HZ* встречается у иммунокомпетентных пациентов [1].

В Российской Федерации в 2024 году зарегистрировано более 24 тыс. случаев ОЛ, показатель заболеваемости составил 16,7 на 100 тыс. населения, что в целом соответствует уровню 2023 года. Три случая ОЛ закончились летальным исходом. В 91% случаев ОЛ регистрируют у взрослых пациентов. Вместе с тем темпы роста заболеваемости детей и подростков выше, чем взрослых, в 2024 г. по сравнению с 2023 г. в этой группе пациентов заболеваемость возросла на 21%. В 30 субъектах Российской Федерации показатели заболеваемости превышали средний уровень по стране. Бремя ОЛ на территориях страны может быть различным в зависимости от демографических показателей, уровня поражённости населения ВИЧ-инфекцией и других факторов [1].

Всё это требует детального анализа места ОЛ в структуре ГВИ, влияния фоновых состояний, особенностей течения заболевания на современном этапе.

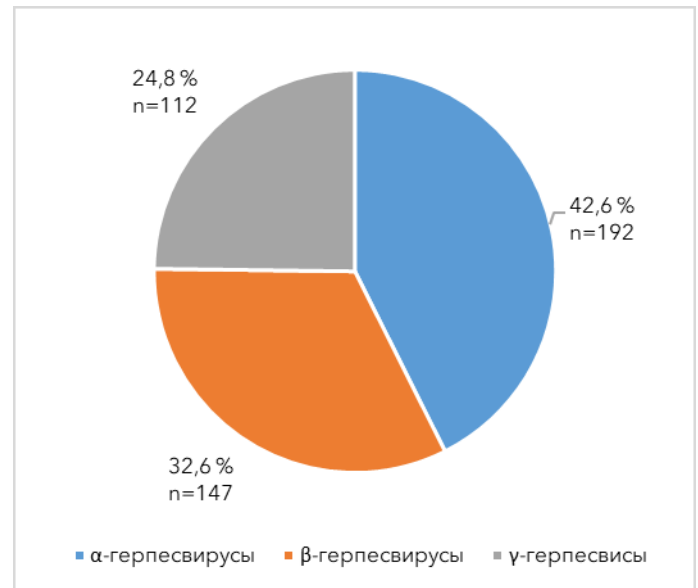
**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** - определить клинические особенности ОЛ у лиц молодого (18–44 лет) и среднего (45–59 лет) возраста и его вклад в структуру ГВИ по данным Клиник Самарского государственного медицинского университета с 2022 г. по апрель 2025 г.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на базе клиник и кафедр инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологии Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ). Проведены анализ медицинских карт 451 пациента; статистическая обработка (корреляционный анализ по Пирсону и Спирмену, метод Фишера, *t*-тест), оценка динамики заболеваемости с 2022 г. по апрель 2025 г.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

У 451 пациента с ГВИ, находившихся на лечении в клиниках инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологии СамГМУ с 2022 года по апрель 2025 года, чаще регистрировали заболевания, вызванные  $\alpha$ -ГВ, реже –  $\beta$ - и  $\gamma$ -ГВ (рис. 1).



**Рисунок 1.** Структура герпесвирусов ( $\alpha$ -,  $\beta$ -,  $\gamma$ -) у пациентов с ГВИ  
**Figure 1.** Structure of herpes viruses ( $\alpha$ -,  $\beta$ -,  $\gamma$ -) in patients with HVI

Среди  $\alpha$ -герпесвирусов (ГВ) чаще находили вирусы простого герпеса типа 1 – *Herpes simplex Type 1* (вирус пузырькового лишая, *HSV-1*) – в 44,3% случаев. Вирус герпеса человека типа 3 – *Human herpes virus Type 3* (вирус ветряной оспы *Varicella-zoster virus, HZV*) также составляет заметную долю – 22,6% среди  $\alpha$ -ГВ и 12,2% – в общей структуре ГВИ. Хотя этот вирус выявляли реже, чем  $\gamma$ -ГВ человека типа 4 – *Human herpes virus Type 4* (Эпштейн-Барр вирус *Epstein-Barr virus, HHV-4*),  $\beta$ -ГВ человека типа 5 – *Human herpes virus Type 5* (вирус цитомегалии, *Cytomegalovirus, HHV-5*), он является важным представителем группы ГВ (табл. 1).

У 67 (14,9%) пациентов из 451 выявили сочетанные формы инфекции. Из них в 28 (41,8%) случаях отмечали комбинацию *HHV-4* и *HHV-5*; в 15 (22,4%) случаях – *HSV-1* и *HHV-4*; в 12 (17,9%) случаях – *HHV-5* и *HHV-6*. У 10 (14,9%) пациентов отмечали сочетание *VZV* с другими ГВ, с *HSV-1* – в 8 (11,9%) случаях и с *HHV-5* – у 2 (10,4%) пациентов. *HHV-6*, *HHV-7*, *HHV-8* входили в комбинации с другими ГВ.

Пациенты с ГВИ были распределены по возрасту согласно критериям ВОЗ от 2025 года: группа 1 – молодой возраст (от 18 до 44 лет включительно) – 197 пациентов; группа 2 – средний возраст (45-59 лет включительно) – 132 пациента; группа 3 – объ-

единённая в нашем исследовании (60 лет и старше, пожилой и старческий возраст) – 122 пациента.

Частота типов герпетических инфекций отличалась в группах. Чаще всего выявляли HHV-4: в группе 1 у 127 (65%) человек, в группе 2 – у 73 (55%) обследованных, в группе 3 – 49 (40%) случаев. Затем по частоте диагностировали HHV-5: в группе 1 – у 39 (20%) пациентов, в группе 2 – у 33 (25%) обследованных, в группе 3 – в 37 (30%) случаях. Реже встречали HSV-1: по 20 случаев в группе 1 (10%) и в группе 2 (15%), у 24 (20%) человек в группе 3. В группах 1 и 2 по 5% обследованных (соответственно 10 и 6 пациентов) имели VZV, в группе 3 – 12 (10%) человек. С возрастом отметили рост частоты реактивации HHV-5 и VZV.

По данным Самарского Роспотребнадзора, за последние три года отмечается рост заболеваемости ОЛ в Самарской области в 3,4 раза – с 27 случаев в 2022 году до 92 в 2024 году, в основном за счёт городских случаев – 71 (77%) случай. Показатель на 100 тыс. населения в 2024 году составил 2,93, а в 2022 году – 0,86 (в 3,4 раза выше).

**Таблица 1.** Структура ГВ у пациентов с ГВИ

**Table 1.** Herpesviruses structure in patients with herpesvirus infections

Вид	α- ГВ		Вид	β- ГВ		Вид	γ- ГВ	
	n	%		n	%		n	%
HSV-1	85	18,8	HHV-5	98	21,7	HHV-4	105	23,3
HSV-2	52	11,5	HHV-6	42	9,3	HHV-8	7	1,5
VZV	55	12,2	HHV-7	7	1,6			
<b>Итого</b>	<b>192</b>	<b>42,6</b>	<b>Итого</b>	<b>147</b>	<b>32,6</b>	<b>Итого</b>	<b>112</b>	<b>24,8</b>
<b>ВСЕГО 451</b>								

**Таблица 2.** Сопутствующие состояния и заболевания у амбулаторных пациентов с ОЛ

**Table 2.** Concomitant conditions and diseases in outpatients with HZ

Подгруппы	Количество пациентов		Сопутствующие состояния и заболевания (%)	Консультация невролога (%)
	n	%		
<b>1А</b>	31	35,6	Пиелонефрит (12,9), ЗППП (9,7)	3,2
<b>2А</b>	27	31,0	Гипертоническая болезнь (44,4), гипергликемия (18,5), ИБС (11,1)	-
<b>3А</b>	29	33,4	Гипертоническая болезнь (75,9), сахарный диабет 2 типа (31,0), ИБС (24,1)	41,4
<b>Итого</b>	<b>87</b>	<b>100</b>		

У амбулаторных пациентов из подгруппы 1А заболевание чаще протекало без осложнений ( $p < 0,001$ ), неврологические проявления в виде ганглионевритов, постгерпетической полиневропатии, тригеминальной невралгии, сенсомоторных нарушений, миотонии кодировали по МКБ, их отмечали ожидаемо реже, чем в подгруппе 3А – пациентов 60 лет и старше ( $p < 0,001$ ). При развитии неврологических проявлений проводились консультации невролога, главным образом, в подгруппе 3А (табл. 3).

Для более детальной характеристики ОЛ у молодых пациентов мы включили в амбулаторную подгруппу 1А из 31 человека ещё 9 госпитализированных пациентов этой возрастной подгруппе 1В и сформировали подгруппу 1С (табл. 4). В этой сводной подгруппе 1С поражения туловища регистри-

Рост заболеваемости ОЛ в Самарской области послужил основанием для проведения данного исследования. За период с 2022 года по апрель 2025 года лечение по поводу ОЛ в Клиниках СамГМУ получил 141 пациент: 54 – стационарно, 87 – амбулаторно. Распределение случаев заболевания по месяцам было равномерным, сезонность отсутствовала. Женщин было чуть больше, хотя различия по полу несущественны ( $p > 0,05$ ). Пациенты, получавшие лечение в клиниках СамГМУ, также были разделены по возрасту, согласно критериям ВОЗ (2025 год), лечившиеся амбулаторно – на подгруппы 1А (18-44 года), 2А (45-59 лет), 3А (60 лет и старше); стационарно – на подгруппы 1В (18-44 года), 2В (45-59 лет), 3В (60 лет и старше).

Доля амбулаторных пациентов с ОЛ из подгруппы 1А составила 35,6%, из подгруппы 2А – 31%, из подгруппы 3А – 33,4% (табл. 2). В группе 1А сопутствующие заболевания были зарегистрированы у 13 (41,9%) человек, в группе 2А – у 21 (68%), в группе 3А – у всех пациентов.

ровали чаще, чем конечностей, лица и головы ( $p < 0,001$ ).

Из общего числа этих 40 пациентов из сводной подгруппы 1В впервые диагностирована ВИЧ-инфекция у 5 (12,5%) человек, при этом у 4 из них – при обследовании во время госпитализации. Длительность стационарного лечения у ВИЧ-инфицированных пациентов составила  $12,6 \pm 3,1$  дня, что было больше, чем у пациентов без ВИЧ, у которых она соответствовала  $9,8 \pm 2,4$  дням ( $p = 0,03$ ). Важно отметить, что у 13 (41,9%) пациентов из подгруппы 1А на амбулаторном этапе ВИЧ статус не исследовали.

Данные по уровню глюкозы отсутствовали у 37,5% пациентов из подгруппы 1В, в том числе у 3 из них с неврологическими проявлениями. У 7 забо-

левших этой подгруппы впервые определили гипергликемию, которая была ассоциирована с обширными поражениями кожи.

У всех 9 стационарных пациентов из подгруппы 1В заболевание характеризовалось тяжёлым течением ОЛ.

У них отмечена лимфоцитопения при нормальном уровне лейкоцитов ( $5,1 \pm 1,8 \times 10^9/\text{л}$ ), тенденция к увеличению СОЭ и АЛТ. Уровень СРБ достоверно чаще повышался при неврологических формах заболевания (табл. 5).

**Таблица 3.** Основные осложнения у пациентов с ОЛ по МКБ в подгруппах 1А и 3А

**Table 3.** Main complications in HZ patients according to the ICD, in subgroups 1A and 3A

Форма (МКБ-10)	Подгруппа 1А (n=31)		Подгруппа 3А (n=29)		p-value
	n	%	n	%	
<b>В02.0 ОЛ с энцефалитом</b>	1	3,2	2	6,9	0,45
<b>В02.2 ОЛ с другими осложнениями. со стороны нервной системы</b>	5	16,1	18	62,1	<0,001
<b>В02.3 ОЛ с глазными осложнениями</b>	0	0	1	3,4	0,18
<b>В02.9 ОЛ без осложнений</b>	25	80,6	6	20,7	<0,001
<b>Рецидивы</b>	2	6,5	4	13,8	

**Таблица 4.** Локализация поражений при ОЛ у пациентов в сводной подгруппе 1С

**Table 4.** Lesions localization in patients with HZ in the combined subgroup 1C

Локализация поражений	Количество случаев	Доля (%)	p-value
<b>Туловище</b>	31	71,4	<0,001
<b>Конечности</b>	5	12,5	
<b>Лицо/голова</b>	5	16,1	
<b>Итого</b>	40	100	

**Таблица 5.** Лабораторные показатели у пациентов из подгруппы 1В

**Table 5.** Laboratory values in patients from subgroup 1B

Показатели	Число пациентов		Значение M±m
	n	%	
<b>Лимфоцитопения (<math>&lt;1,2 \times 10^9/\text{л}</math>)</b>	4	44,4%	1,1±0,5
<b>СОЭ &gt;15 мм/ч</b>	5	55,6%	18,3±12,1
<b>СРБ (&gt;5 мг/л)</b>	6	66,7%	
<b>АЛТ (&gt;41 Ед/л)</b>	3	33,3%	

Была проведена сравнительная характеристика течения ОЛ у стационарных пациентов из подгрупп 1В и 2В. Их было по 9 человек в каждой подгруппе (табл. 6).

Большинство пациентов – работающие городские жители. В каждой подгруппе было по 4 ВИЧ-инфицированных. Пациенты из подгруппы 2В поступали преимущественно зимой и весной, провоцирующим фактором часто служило переохлаждение, у них чаще отмечали метаболические нарушения – такие, как ожирение, метаболически-ассоциированную жировую болезнь печени или хронические инфекции. Из подгруппы 1В чаще обращались летом, после инсоляции и стрессов. До госпитализации большинство пациентов лечились самостоятельно анальгетиками, противовирусными и местными препаратами.

Клинически для ОЛ характерным было острое или подострое начало заболевания, длительность продромального периода, до появления сыпи, чаще составляла 1–5 дней, иногда у пациентов появлялось чувство онемения, покалывания, «мурашек». Для лиц группы 1 возможными триггерами ОЛ были

УФ-облучение и стрессовые ситуации, а в группе 2 – перенесённые незадолго до заболевания ОРВИ и переохлаждения (табл. 6). Пациенты из подгруппы 2В обращались за медицинской помощью от 4–7 дней и позже. У пациентов обеих подгрупп отмечали сыпь, чаще типичные везикулы, локализованную форму заболевания. Появление сыпи сопровождалось болью у большинства пациентов, преимущественно жгучего, стреляющего характера, особенно в подгруппе 2В. Пациенты подгруппы 2В чаще имели поражение лица, головы и шеи (89%,  $p=0,03$ ). У лиц, обратившихся после 4-го дня, сыпь была обширнее, чем при раннем обращении. Для пациентов подгруппы 2В отмечена тенденция к большей выраженности клинических проявлений в виде головной боли, слабости, поражения глаз и уха, тяжёлому течению, характерным было более выраженное воспаление в виде отёка тканей, лимфаденита. У пациентов подгруппы 2В осложнения диагностировали чаще (44,4%), чем в подгруппе 1В (11,1%). Пациенты из подгруппы 2В находились на лечении дольше ( $11,4 \pm 3,8$  дня), чем из подгруппы 1В ( $7,1 \pm 2,1$  дня,  $p=0,002$ ).

**Таблица 6.** Сравнительная характеристика ОЛ у пациентов из подгрупп 1В и 2В  
**Table 6.** HZ patients comparative characteristics from subgroups 1B and 2B

Показатели		Подгруппы пациентов	
		1В, n=9	2В, n=9
Пол	мужчины	5 (55,5%)	3 (33,3%)
	женщины	4 (44,5%)	6 (66,7%)
ВИЧ-инфекция		4 (44%)	4 (44%)
Сезонность		Лето (44%)	Зима/весна(67%)
Провоцирующие факторы	переохлаждение	3 (33%)	5 (56%)
	стресс не установлен	2 (22%)	1 (11%)
		4 (44%)	3 (33%)
Лечение до госпитализации	анальгетики	5 (56%)	4 (44%)
	противовирусные	2 (22%)	3 (33%)
	местная терапия	4 (44%)	5 (56%)
	не лечились	2 (22%)	1 (11%)
Характер начала заболевания	острое ( $\leq 24$ часов)	4 (44%)	3 (33%)
	подострое (1-3 дня)	4 (44%)	5 (56%)
	постепенное ( $>3$ дней)	1 (11%)	1 (11%)
Длительность продромального периода (до появления сыпи)	1-2 дня	5 (56%)	4 (44%)
	3-5 дней	3 (33%)	4 (44%)
	более 5 дней	1 (11%)	1 (11%)
Онемение/покалывание/«мурашки»		3 (33%)	5 (56%)
День болезни на момент обращения	1-3 дня	4 (44%)	2 (22%)
	4-7 дней	4 (44%)	6 (67%)
	$>7$ дней	1 (11%)	1 (11%)
Локализация поражений	лицо/голова	4 (44%)	8 (89%), $p=0,03$
	туловище/конечности	5 (56%)	1 (11%)
Сыпь		100%	100%
	везикулы	5 (56%)	6 (67%)
	пятна/папулы	3 (33%)	2 (22%)
	корочки	1 (11%)	1 (11%)
	локализованная	7 (78%)	6 (67%)
	распространенная	2 (22%)	3 (33%)
		8 (89%)	9 (100%)
Боль в области сыпи	жгучая/стреляющая боль	5 (56%)	7 (78%)
	зуд	4 (44%)	2 (22%)
Отек тканей		3 (33%)	6 (67%)
Увеличение лимфоузлов		3 (33%)	5 (56%)
Головная боль		3 (33%)	5 (56%)
Лихорадка		5 (56%)	4 (44%)
Слабость		5 (56%)	7 (78%)
Поражение глаз и нарушения зрения		1 (11%)	5 (56%)
Поражение уха		1 (11%)	3 (33%)
Степень тяжести	средняя	7 (77,8%)	4 (44,4%)
	тяжелая	2 (22,2%)	5 (55,6%)

При анализе лабораторных данных пациентов из подгрупп 1В и 2В существенных отличий не выявили (табл. 7), однако у лиц из подгруппы 2В отмечали лимфоцитопению, гипергликемию, тенденцию к более высоким показателям СОЭ и СРБ.

Мы изучали взаимосвязи между возрастом пациентов в подгруппа 1В и 2В и их основными клинико-лабораторными показателями, используя корреляционный анализ по Пирсону и Спирмену (табл. 8).

Таким образом, установлены умеренные положительные связи между возрастом и длительностью госпитализации, поражением глаз и ушей, уровнем СОЭ с тенденцией к увеличению в подгруппе 2В.

Нами также проведена клинико-лабораторная характеристика течения ОЛ у ВИЧ(-) и ВИЧ(+) госпитализированных пациентов без учёта возраста (табл. 9).

ВИЧ(+) пациенты были моложе ( $p=0,02$ ), они получали более длительное и интенсивное лечение, включавшее в себя, помимо пероральных препаратов, внутривенную этиотропную, глюкокортикостероидную терапию и неспецифические противовоспалительные средства (НПВС). А вот тенденция к более тяжёлому течению у ВИЧ(+) пациентов оказалась недостоверной. Лимфоцитопения значимо чаще была у ВИЧ(+) лиц. По наличию сопутствующих заболеваний группы пациентов не различались.

Таблица 7. Лабораторные показатели у пациентов с ОЛ из подгрупп 1В и 2В  
Table 7. Laboratory values in patients with HZ from subgroups 1B and 2B

Показатели	Подгруппы пациентов	
	1В (n=9)	2В (n=9)
Лейкоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ ) (норма 3,33-10,0)	5,1 $\pm$ 1,8	6,3 $\pm$ 2,4
Лимфоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ ) (норма 1,2-3,3)	1,1 $\pm$ 0,5	1,0 $\pm$ 0,4
Тромбоциты (норма 150-400)	235	271
СОЭ (мм/ч)	18,3 $\pm$ 12,1	22,7 $\pm$ 15,4
АЛТ (Ед/л) (норма <41)	45,2 $\pm$ 30,1	38,7 $\pm$ 25,6
АСТ (Ед/л) (норма <40)	32,8 $\pm$ 18,4	29,5 $\pm$ 15,2
СРБ (мг/л) (норма <5)	8,1 $\pm$ 6,3	12,4 $\pm$ 7,1, p=0,03
Уровень глюкозы (норма <6,05)	5,3 $\pm$ 0,8	6,1 $\pm$ 1,2

Таблица 8. Корреляционный анализ основных информативных показателей по Пирсону и Спирмену в подгруппах 1В и 2В  
Table 8. Pearson and Spearman correlation analysis of the main informative indicators in subgroups 1B and 2B.

Параметр	Коэффициент корреляции (r)	p-value	Интерпретация
Длительность госпитализации	0,41	0,09	Умеренная положительная связь, тенденция к увеличению в подгруппе 2В
Поражение глаз/ушей	0,38	0,12	Умеренная положительная связь, тенденция к увеличению в подгруппе 2В
СОЭ	0,28	0,26	Слабая положительная связь, тенденция к увеличению в подгруппе 2В
Уровень лимфопении	-0,12	0,64	Нет связи

Таблица 9. Сравнительная характеристика пациентов с ОЛ у ВИЧ(+) и ВИЧ(-) пациентов  
Table 9. HZ patients comparative characteristics in HIV(+) and HIV(-) patients

Параметр	ВИЧ+ (n=8)	ВИЧ- (n=10)	p-value
Средний возраст	41,2 $\pm$ 7,8	50,1 $\pm$ 5,9	0,02 (t-тест)
Мужчины/Женщины	5/3	4/6	0,42 (Fisher)
Город/село	6/2	8/2	0,99 (Fisher)
Тяжелое течение	5 (62,5%)	3 (30%)	0,20 (Fisher)
Осложнения	6 (75%)	4 (40%)	0,18 (Fisher)
Длительность госпитализации (дни)	12,1 $\pm$ 2,8	9,3 $\pm$ 2,1	0,02 (t-тест)
В/в терапия	7 (87,5%)	4 (40%)	0,04 (Fisher)
Лимфопения (<1,2 $\times 10^9/\text{л}$ )	6 (75%)	3 (30%)	0,04 (Fisher)
СОЭ >15 мм/ч	7 (87,5%)	5 (50%)	0,10 (Fisher)
СРБ >5 мг/л	7 (87,5%)	6 (60%)	0,20 (Fisher)
Сахарный диабет	2 (25%)	2 (20%)	0,99 (Fisher)
Хронические болезни печени	4 (50%)	3 (30%)	0,42 (Fisher)
Гипертоническая болезнь	1 (12,5%)	4 (40%)	0,20 (Fisher)

Мы попытались создать так называемый наиболее типичный «портрет пациента с ОЛ без ВИЧ-инфекции», которому ещё нет 50 лет. Из-за малой выборки выявленные нами закономерности носят описательный характер. Это молодой работающий мужчина, возраст - 34,6 $\pm$ 8,2 года, городской житель. При наличии метаболических нарушений и иммунной дисфункции он испытал стресс или переохладился. Заболевание у него будет протекать без осложнений, на фоне стандартной терапии он будет выписан через 7–9 дней.

## Выводы

В общей структуре ГВИ 12,2% приходится на ОЛ, 22,6% - среди  $\alpha$ -ГВ. В 14,9% случаев вирус HZV входит в состав микст-инфекций, что указывает на необходимость комплексной диагностики при рецидивирующих герпесвирусных заболеваниях.

Увеличивается число случаев опоясывающего лишая у лиц молодого (35,6%) и среднего возраста (31%), при этом доля лиц пожилого и старческого возраста снижается (33,4%). Опоясывающий герпес у молодых – новая эпидемиологическая реальность, требующая междисциплинарного подхода.

У молодых людей в возрасте 18–44 лет по критериям ВОЗ (2025 г.) без выраженного иммунодефицита реактивация VZV может быть связана с такими факторами, как хронический стресс, усталость или сопутствующие заболевания, у лиц 45–59 лет – с перенесёнными ОРВИ и переохлаждением.

Раннее обращение за медицинской помощью, в течение первых 3 дней от начала заболевания, характерно для пациентов 18–44 лет, от 4–7 дней и позже – для лиц 45–59 лет. Начало заболевания, как правило, острое, с появления сыпи, имеет преимущественно локализованную форму. В группе пациентов 18–44 лет поражается чаще туловище, а в группе 45–59 лет – голова и туловище вовлекаются в процесс с одинаковой частотой. Болевой синдром, сопровождающий сыпь, более выражен в группе среднего возраста. У обратившихся за помощью после 4-го дня сыпь обширнее, чем при раннем обращении. Для пациентов 45–59 лет клинические проявления – головная боль, слабость, поражения глаз и уха, отёк тканей, лимфаденит – имеют тенденцию к большей выраженности. Неврологические проявления у них также развиваются чаще.

Необходим скрининг всех пациентов с ОЛ на ВИЧ и уровень глюкозы крови, гликированный гемоглобин (HbA1c) при первичном обращении, так как наличие ВИЧ-инфекции и гипергликемии являются фоновыми состояниями для появления ОЛ.

Реализация предложенных мер позволит улучшить раннюю диагностику и предотвратить осложнения ОЛ пациентов как в возрасте 18–44 лет, так и 45–59 лет, что, в свою очередь, приведёт к снижению затрат на лечение осложнений и уменьшение сроков госпитализации.

#### Литература [References]

- 1 Викулов Г.Х. Герпесвирусные инфекции человека в XXI веке: принципы диагностики и терапии. *Доктор. Ру. Аллергология Дерматология*. 2015;7(108):34–38. Vikulov G.Kh.. Human Herpes-Virus Infections in XXI Century: Principles of Diagnosis and Treatment: Principles of Diagnostics and Therapy. *Doctor.ru. Allergology and Dermatology*. 2015;7(108):34–38. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?edn=uffoyl>
- 2 Лежнёва В., Давидюк Ю., Муллахметова А., Маркелова М., Захаров А., Хайбуллина С. и др. Анализ факторов риска герпесвирусной инфекции и полиморфизма однонуклеотидных геномов при рассеянном склерозе в Приволжском федеральном округе России. *Фронт Иммунол*. 2022;14:13:1010605. Электронная коллекция Lezhnyova V., Davidiyuk Y., Mullakhmetova A., Markelova M., Zakharov A., Khaiboullina S. et al. Analysis of herpesvirus infection and genome single nucleotide polymorphism risk factors in multiple sclerosis, Volga federal district, Russia. *Front Immunol*. 2022;14:13:1010605. (In Russ.). <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.1010605>
- 3 Wei F.-L., Li T., Song Y., Bai L.-Y., Yuan Y., Zhou C. et al. Sciatic Herpes Zoster Suspected of Lumbar Disc Herniation: An Infrequent Case Report and Literature Review. *Front. Surg*. 2021;8: Article 663740. 8:663740. <https://https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.663740>
- 4 Chan X.-B.V., Tan N.C., Cung M.W.N., Ding X.N., Koh Y.L.E., Aau W.K. et al. Prevalence and healthcare utilization in managing herpes zoster in primary care: a retrospective study in an Asian urban population. *Front. Public Health*. 11:1213736. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1213736>
- 5 Игнатовский А.В. Опоясывающий герпес - современные подходы к диагностике и лечению. *Врач*. 2022;33(10):24–32. Ignatovskiy A.V. Shingles - modern approaches to diagnosis and treatment. *Doctor*. 2022;33(10):24–32. (In Russ.). <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-10-04>
- 6 Farahat F., AlZunitan M., Alsaedi A., Al Nassir W., Elgammal A., Nazeer S. et al. Epidemiology of herpes zoster in National Guard Hospitals in Saudi Arabia: a 6-year retrospective chart review study. *Front. Public Health*. 12:1479640. <https://https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1479640>
- 7 Lee C.-Y., Chang Y.-S., Ho C.-H., Wang J.-J., Jan H.-Y., Lee P.-H. et al. A population-based study of social demographic factors, associated diseases, and herpes zoster ophthalmicus in Taiwan. *Front. Med*. 12:1532366. <https://https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1532366>
- 8 Исаков Д.В., Исаков В.А. Инновационные подходы к терапии герпесвирусных заболеваний человека во время пандемии COVID-19. *Инфекционные болезни*. 2023;21(2):95–103. Isakov D.V., Isakov V.A. Innovative approaches to treatment of human herpesvirus infections during the COVID-19 pandemic. *Infekc. bolezni (Infectious Diseases)*. 2023;21(2):95–103. (In Russ.). <https://https://doi.org/10.20953/1729-9225-2023-2-95-103>
- 9 Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н., Исаева Д.Р. Опоясывающий герпес: особенности клиники и принципы терапевтической тактики. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015;1:85–89. Khalidin A.A., Gilyadov A.D., Bykhanova O.N., Isaeva D.R. Herpes zoster: modern clinical features and the principles of therapeutic management. *Clinical Dermatology and Venereology*. 2015;1:85–89. (In Russ.). <https://https://doi.org/10.17116/klinderma2015185-89>
- 10 Huang M., Liu Y., Chen C., Dai W. Causal effect of lifestyle and metabolic indicator with herpes zoster: a two-sample Mendelian randomization study. *Front. Nutr*. 11:1433570. <https://https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1433570>
- 11 Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году». State Report «On the State of the Population Sanitary and Epidemiological Welfare in the Russian Federation in 2024». [https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/b8a/u6lsxjabw032jkd837nlaezxu3ue09m/GD\\_SEB.pdf](https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/b8a/u6lsxjabw032jkd837nlaezxu3ue09m/GD_SEB.pdf)

#### Авторская справка

##### Коннова Татьяна Витальевна

Канд. мед. наук, врач-инфекционист, доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией, Самарский государственный медицинский университет.  
ORCID 0000-0003-2425-6732; t.v.konnova@samsmu.ru  
Вклад автора: анализ амбулаторных карт, обобщение результатов лечения.

##### Роганова Ирина Владимировна

Д-р мед. наук, профессор каф. инфекционных болезней с эпидемиологией, Самарский государственный медицинский университет.  
ORCID 0009-0006-6752-277X; i.v.roganova@samsmu.ru  
Вклад автора: разработка концепции исследования, анализ данных, написание статьи.

##### Константинов Дмитрий Юрьевич

Д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией, Самарский государственный медицинский университет.  
ORCID 0000-0002-6177-8487; d.u.konstantinov@samsmu.ru  
Вклад автора: разработка концепции исследования, анализ данных.

##### Коннова Екатерина Павловна

Студент 1 курса института клинической медицины, Самарский государственный медицинский университет.  
katerina.konnova5@yandex.ru  
Вклад автора: подбор литературы, анализ амбулаторных карт.

#### Author's reference

##### Tat'yana V. Konnova

Cand. Sci. (Med.), Docent, infectious disease physician, Department of Infectious Diseases with Epidemiology, Samara State Medical University.  
ORCID 0000-0003-2425-6732; t.v.konnova@samsmu.ru  
Author's contribution: analysis of outpatient cards, summarizing treatment results.

##### Irina V. Roganova

Dr. Sci. (Med.), Professor of Department of Infectious Diseases with Epidemiology, Samara State Medical University.  
ORCID 0009-0006-6752-277X; i.v.roganova@samsmu.ru  
Author's contribution: developing a research concept, analyzing data, writing an article.

##### Dmitriy Yu. Konstantinov

Dr. Sci. (Med.), Docent, Head of the Department of Infectious Diseases with Epidemiology, Samara State Medical University.  
ORCID 0000-0002-6177-8487; d.u.konstantinov@samsmu.ru  
Author's contribution: research concept development, data analysis.

##### Ekaterina P. Konnova

1st year student at the Institute of Clinical Medicine, Samara State Medical University.  
katerina.konnova5@yandex.ru  
Author's contribution: literature selection, outpatient cards analysis.