

Термін	Визначення
Вірусні дерматози	це захворювання шкіри та слизової оболонки (іноді в поєднанні з ураженням внутрішніх органів), які викликаються вірусами. Віруси – це мікроскопічні, внутрішньоклітинні паразити, які схильні до інтенсивного росту та розмноження в клітинах хазяїну. Розрізняють: герпес простий, герпес оперезуючий, бородавки, гострокінцеві кондиломи та контагіозний м простий (простий пухирцевий лишай)
Герпес	– це хронічне рецидивуюче вірусне захворювання, яке викликається вірусом герпесу (I та II типу) , з появою пухирців на шкірі та слизових оболонках. Може приймати системний характер. <i>Збудником</i> є дерматонейротропний ДНК- вміщуючий вірус простого герпесу (herpes simplex). Розмір вірусу 150 - 300 нм, розмножується в ядрі та цитоплазмі інфікованої клітини, має 14 годинний цикл розвитку . Розрізняють вірус простого герпесу I та II типу. Герпетична інфекція передається переважно контактним шляхом (через побутові предмети, поцілунки, статевий контакт) – вірус II типу, але можливе зараження й повітряно – крапельним шляхом, особливо у перші 2 роки життя - вірус простого герпесу I типу . Вірус проникає в організм людини через шкіру або слизові оболонки, потім потрапляє в регіонарні лімфатичні вузли, кров і внутрішні органи. В організмі людини він розповсюджується гематогенно та по нервовим волокнам. Резервуаром вірусу простого герпесу є регіонарний сенсорний ганглії (спинальний або черепно - мозковий), в якому вірус знаходиться в неактивному стані, а під впливом різноманітних факторів (переохолодження, гіперінсоляція, респіраторні захворювання, стрес, ВІЛ – інфекція) та при зниженні реактивності організму вірус активізується, переміщується по периферичним нервовим волокнам в епітелій шкіри. Первинна герпетична інфекція за звичай протікає без клінічних проявів, приймає характер вірусоносійства. На розвиток та розповсюдженість герпетичної інфекції впливає стан імунної системи організму людини (Т - клітинні механізми імунітету), а

Клініка	також здатність клітин виробляти інтерферон. олюск. Розрізняють: <i>первинний герпес</i>, що виникає при першому зараженні вірусом (частіше у дітей), та <i>рецидивуючий</i> – загострення хвороби. <i>Інкубаційний період</i> складає від кількох днів до 1 - 2 тижнів, після чого виникає пухирцева висипка на червоній окрайці та шкірі губ, крилах носу, на лобі, щоках або слизових оболонках, як правило, на місці проникнення вірусу. Передувати цьому можуть відчуття печіння, парестезій, свербіжу у місці майбутнього вогнища, можливі незначна лихоманка, гіперстезія шкіри, болі у м'язах та суглобах. Висипи утворюють поодинокі вогнища, що складаються з 3- 5 згрупованих пухирців діаметром до 2 мм з прозорим, а потім мутним та геморагічним вмістом. Вміст пухирців зсихається у жовтувато – сіру кірку, яка відпадає через 5- 6 днів та лишає гіперемовану або пігментну пляму. У інших випадках пухирці на 2 – 3 день розкриваються і утворюється болюча ерозія яскраво – червоного кольору з поліциклічними обрисами. Висипання пухирців супроводжується відчуттям поколювання та печіння, іноді набряком тканини. Можливе нездужання, підвищення температури тіла до 38⁰С. При геніальному герпесі висипи локалізуються у чоловіків – на внутрішній поверхні крайної плоти, на головці та тілі статевого члену, а у жінок – на малих статевих губах, піхві, шийці матки, кліторі, стегнах, лобку. Відмічається набряклість та болючість тканини, можливий розвиток пахового лімфаденіту, явищ уретриту. <i>Первинний герпес</i> у дитячому віці протікає з вираженими загальними явищами. Тяжкий перебіг спостерігається у новонароджених, оскільки можливе ураження ЦНС та внутрішніх органів. Частою формою є <i>герпетичний стоматит</i> у дітей віком до 1 року часто під час прорізування зубів. Висипи розповсюджені, локалізуються на різних ділянках слизової оболонки роту, губи, щоки, ясна, піднебіння. Пухирці, що з'являються на набряклій та гіперемійованій слизовій, розкриваються у перші години після появи та утворюють болючі ерозії з неправильними дрібнофестончатими обрисами. На 2 – 4 день ерозії вкриваються ніжною фібринозною плівкою, а через 1 – 2 тижні ерозії
-----------------------	---

епітелізуються. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені та болючі при пальпації. У дітей до 6 років спостерігається *гострий герпетичний* (гострий афтозний) *стоматит*, який починається з продромальних явищ. На фоні набряку та гіперемії слизової оболонки рота виникають афтоподібні висипи розміром від 0,5 до 1 см з некрозом у центрі та різко вираженим запальним обідком по периферії. Висипи зливаються та утворюють обширні ерозивно – виразкові ділянки. Процес супроводжується підвищеною саливацією та різкою болючістю.

Рецидивуючий герпес протікає з менш вираженими клінічними симптомами. Локалізується на обличчі, геніталіях, перигенітальній ділянці, можливий розвиток кератокон'юктивіту. Частота рецидивів буває різна: від 1 – 3 раз на рік до декількох разів на місяць. Особливо часті рецидиви геніального герпесу, у жінок який провокується менструаціями.

Окрім того розрізняють *атипові форми* простого герпесу:

- абортівна – поява невиражених папул, еритеми, некрозу, суб'єктивних відчуттів без типових висипів;
- набрякові - висипання на повіках, губах, що супроводжуються вираженим набряком;
- зостеріформна – болючі висипи спостерігаються по ходу нервів на обличчі, кінцівках, тулубі, сідницях та супроводжуються головним болем, слабкістю;
- дисемінована – одночасна поява на різних ділянках тіла вогнищ згрупованих висипів;
- мігруюча – вогнища висипів з'являються послідовно і займають нові ділянки тіла;
- геморагічна та некротична – виявляються кров'янистим характером ексудату пухирців та розвитком некрозу;
- елефантіазоподібна – тривало існуюча набряклість шкіри у місцях регресувавшего герпесу;
- хронічний шкірний простий герпес – незникаючі виразкові вогнища діаметром до 2-х см у хворих з імунодефіцитом;
- виразковий герпес геніталій – розвивається після типових висипів у осіб зі зниженою імунологічною реактивністю;
- рупіюдна форма – розвивається на обличчі у результаті приєднання вторинної інфекції.

– тяжка форма простого герпесу. Виникає у дітей, що хворіють на екзему, atopічний дерматит та інші дерматози, при яких є дефекти шкіри. З'являються групи пухирців на ураженій шкірі, схожі на висипи вітряної віспи. Центральна частина пухирців некротизується з утворенням геморагічних кірок, після відродження яких лишаються рубці. Можливе залучення у патологічний процес слизових оболонок порожнини рота, глотки, гортані, трахеї з лімфаденопатією, ураження внутрішніх органів, ЦНС. Порушується загальний стан з підвищенням температури тіла до 40⁰С. Хвороба може завершитися летально.

Можливі ускладнення простого герпесу: герметичний енцефаліт, менінгіт, гепатит, кератокон'юнктивит, рецидивуючий перебіг інфекції, преанкроз шийки матки

виявлення морфологічних змін в інфікованих клітинах, наявність вірусного антигену та пряме визначення антигену у рідинах організму, відділяемому ерозій за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Диференціюють від стрептококового та змішаного імпетигу, оперізуючого герпесу, первинної сифіломи, сифілітичних папул, ерозивно – виразкового баланопоститу, коростяних вузликів та виразок, фолікулітів в області геніталій, дитячої екземи з піодермією.

При простому герпесі використовують противірусні препарати (ацикловір по 200мг 5 раз на день курсом 5-10 днів, при рецидивуючій формі по 400 мг 5 раз на день курсом 5 днів; валтрекс по 500 мг 2 рази на день протягом 5 днів, бонафтон, фамцикловір, валацикловір, ганцикловір, зовіракс) у сполученні з лейкоцитарним інтерфероном (на курс 3 – 5 ін'єкцій), коревим імуноглобуліном або протигерпетичним гама – глобуліном. У між рецидивний період призначають інактивовану герпетичну вакцину. Показане застосування імуномодельюючих препаратів: тактивін, тималін, декаріс, нуклеїнат натрію; адаптогенів рослинного походження. Також призначають вітаміни (В₁, В₁₂, аскорбінова кислота). *Місцево* застосовують

Герпетиформна екзема Капоші	протівірусні препарати (ацикловір, герпесвір, інтерференова мазь, ДНК – аза, 0,5% теброфенова мазь, 0.5% бонафтонова мазь), епітелізуючі (солкосеріл, дерматол) засоби, анілінові барвники. Герпес оперезуючий (оперезуючий лишай) – гостре вірусне захворювання, що проявляється згрупованими болючими висипами по ходу нервів та неврологічною симптоматикою. <i>Збудником</i> є вірус Varicella zoster – одночасно є збудником вітряної віспи. Розвиток оперезуючого лишая є результатом реактивації латентного вірусу після перенесеної у дитинстві вітряної віспи під дією неблагоприємних факторів (переохолодження, інфекції та інтоксикації, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку, гіперінсоляція, іонізуюче випромінювання, хвороби крові, новоутворення, застосування імунодепресантів, ВІЛ – інфекція). Клініка. <i>Інкубаційний період</i> не визначений. При звичайній формі захворювання починається з продромальних явищ у вигляді нездужання, підвищення температури тіла, слабкості, головного болю, диспепсичних розладів та односторонньої невралгії певної зони іннервації. Потім у зоні виникнення невралгії на гіперемованій та набряклій шкірі з'являються згруповані везикули, що розташовуються по ходу ураженого нерву чи його гілок, як правило, з однієї сторони. Висипи локалізуються на будь – який ділянці шкірного покриву та слизових оболонок. Частіше - на тулубі у зоні міжреберних нервів, по ходу гілочок трійничного нерву, на кінцівках, голові, обличчі. Вміст везикул мутніє, утворюються пустули, які розкриваються з утворенням ерозій, кірок, на місці яких залишається бурувата пігментація. Процес триває 1 – 3 тижні. Також виділяють декілька <i>клінічних форм оперезуючого герпесу</i>: – абортивна – проявляється набряклими еритематозними та папульозними висипами по ходу нервів з болючістю у ділянках ураження; – виразково – некротична – свідчить про тяжкий перебіг захворювання, утворюються виразкові та виразково – некротичні ділянки, які вкриваються щільними кірками. Тривалість захворювання від 1 до 1,5 місяців; – генералізована – спостерігається у осіб з тяжкими супутніми захворюваннями, висипи набувають дисемінованого характеру у вигляді чисельних зливаючихся папуло- везикульозних елементів,
---	---

Діагностика	бляшок, які займають значні ділянки шкірного покриву; – гангренозна – найбільш тяжка форма, що розвивається у ослаблених та у людей похилого віку з супутніми цукровим діабетом, виразковою хворобою шлунку. Проявляється появою пухирців з кров'янистим вмістом та утворенням на їх місці ділянок гангренизації, що довго не загоюються і залишають після себе рубці; – офтальмогерпес – уражується рогівка, кон'юнктива, склера, райдужна оболонка, циліарне тіло з розвитком світлобоязні, блефароспазму, слезотечінням, болем по ходу очного нерву. Висипи локалізуються у області обличчя, шиї, волосистої частини голови. Вірус може проникнути в субарахноїдальний простір та викликати менінгоенцефаліт з тяжким та тривалим перебігом. При оперезуючому герпесі можливі ускладнення: гангренизація висипів; генералізація з ураженням значних ділянок шкірного покриву, внутрішніх органів, ЦНС, спинного мозку; постгерпетичні невралгії, симпаталгії, гангліоніти; рецидиви.
Лікування	Діагностика базується на клінічній картині та підтверджується вірусологічними дослідженнями відбитків та зшкрібав з вогнищ ураження, мазків відділяемого урогенітального тракту з ідентифікацією вірусу, виявленням антигенів вірусу у біологічних рідинах та клітинах організму. Диференціюють від бульозної форми бешихи, грипу, гепатиту, холециститу, харчової інтоксикації, зостеріформного простого герпесу, зостеріформного червоного плоского лишая, герпетичного дерматозу Дюринга. Лікування. Поряд з протівірусними препаратами призначають антибіотики широкого спектру дії (рондоміцин, метациклін, тетрациклін) протягом 7 – 10 днів, саліцилати (аспірин, натрій саліциловий), сечогінні (фуросемід, лазікс), курантил для корекції мікросудинних порушень. Для знеболювання застосовують новокаїнові блокади, електрофорез з новокаїном по ходу ураженого нерву, анальгетики, паравертебрально діатермія або ультразвук. Доцільне призначення імуноглобуліну, вітамінів, біогенних стимуляторів, адаптогенів. <i>Місцево</i> призначають протівірусні, антимікробні та кератопластичні засоби (

анілінові барвники, фулорцин, інтерферонові та геліоміцинову мазі, синтоміцинову емульсію), комбіновані кортикостероїдні мазі.

характеризуються появою епідермальних гіперкератотичних папул з папіломатозною реакцією дерми незапального характеру у результаті патогенної дії вірусів папіломи людини. Розрізняють віруси папіломи людини I, II, III типу. Зараження відбувається при прямому контакті або інфікуванні предметів побуту. Серед факторів, що сприяють захворюванню, виділяють: травматизацію шкіри, сухість шкіри, зниження загальної реактивності та імунітету, вегетоневрози, недотримання особистої гігієни, імунодепресивна терапія, дефект клітинного імунітету, інфікування ВІЛ.

Клініка. Розрізняють декілька форм:

Звичайні бородавки – напівсферичні, незапальні вузлики розміром від 0,1 см до крупних конгломератних утворень, щільні та шершаві на дотик з ороговінням, безболісні. Звичайно розташовуються на кистях та пальцях. Можуть досягати великих розмірів, травмуватися, кровоточити, інфікуватись. Піднігтьові бородавки можуть деформувати нігті, які ущільнюються та болять.

Плоскі бородавки (юнацькі) – плоскі вузлики, кольору нормальної шкіри або буруваті, з гладкою поверхнею округлої або полігональної форми, розміром 0,1 до 0,5 см, що розташовуються на обличчі, грудях, шиї та тильній поверхні кистей у дітей та молодих людей. Висипи множинні, часто згруповані, іноді уражають обширні поверхні.

Підшвенні бородавки – плоскі, тверді жовтуватого кольору гіперкератотичні розростання, одиничні або множинні, що дуже болючі при ходьбі. При огляді виявляється крапкова поверхня. Бородавки мають конічну форму з вершиною конуса всередину, що обумовлює швидкий ріст бородавки при постійному тиску при ходьбі.

Ниткоподібні (ворсинчасті) **бородавки** – тонкі у вигляді відростків, частково рогового характеру розростання, що локалізуються на повіках, у ділянці підборіддя, навколо ніздрів та рота, іноді з'являються на шиї, тулубі,

кінцівках, у пахвинній ділянці.

Діагноз базується на клінічній картині.

Диференціюють з червоним плоским лишаєм, омоволенністю, бородавчати туберкульозом шкіри, папульозним сифілідом, вузликами доярок.

Лікування. Застосовують вітамінотерапію, імуностимулятори. Місцево призначають цитотоксичні препарати (подофілін, 5 – фторурацил, конділін, колхамінова мазь); припікаючи засоби (солкодерм, ферезол, ляпіс, 5 - 10 % трихлороцтова кислота, 40 % саліцилова кислота); протівовірусні препарати (5 % теброфенова мазь, 3-5% оксолінова мазь); деструктивну терапію (кріотерапія рідким азотом, електрокоагуляція, вуглекислотний лазер, кюретаж), хірургічне лікування. Іноді ефективна гіпносуґестивна терапія.

вогнищеві або чисельні пухлиноподібні сосочкові шкірно – слизові розростання, що розташовуються на вологих місцях, особливо при переході слизової оболонки в шкіру (геніталії, слизова оболонка уретри і прямої кишки, перианальна ділянка, слизова оболонка рота, кон'юнктива). *Збудник* про онкогенний ДНК – вміщуючий вірус папіломи людини VI та XI типів. Зараження відбувається при статевому контакті та через інфіковані предмети побуту. Факторами ризику є недотримання особистої гігієни, вологість та мацерація шкіри виділення з геніталій, травматизація, імунодефіцитні стани, захворювання сечостатевих органів.

Клініка. Захворювання починається з появи дрібних вузликів рожевого або сіро – червоного кольору, кількість яких поступово збільшується та сосочкові висипання зливаються між собою, з утворенням обширних вегетацій у формі півнячого гребень або кольорової капусти. Мають основу у вигляді ніжки та долькову будову, при постійному механічному подразненні шкіра навколо висипів може червоніти та мокнути, виділяючи гній з неприємним запахом.

Діагноз не викликає затруднень, підтверджується дослідженням на наявність вірусного антигену за допомогою ПЛР.

Диференціюють з широкими конділомами, папульозним сифілідом, гемороєм, ворсинчати папіломами, вегетуючою пухирчаткою, спиноцелюлярною епітеліомою.

Лікування. Рекомендують присипки з резорцином та

дерматолом, ефективне застосування подофіліну, ферезолу, солкодерму, кондиліну. Можливе змащування 20 % розчином ляпісу, 0,5 % колхаміновою, ріодоксоловою, теброфеновою, бонафтоною, оксоліновою мазями. Можливе застосування діаиермокоагуляції, кріотерапії рідким азотом, кюретажу та лазеротерапії. При крупних утвореннях застосовують хірургічне видалення кондилом.

доброякісне вірусне захворювання шкіри та слизових оболонок у вигляді напівкулястих вузликів розміром до 0,5 см з пупковидним вдавленням у центрі. Хворіють переважно діти. Збудник ДНК - вміщуючий вірус групи віспи. Зараження відбувається при прямому контакті з хворою людиною, через інфіковані предмети побуту, при статевому контакті.

Клініка. Інкубаційний період від 2 тижнів до 3 - 6 місяців. У місцях інокуляції вірусу виникають округлі сплюснені вузлики з гладкою блискучою поверхнею, білуватого або жовтуватого – рожевого кольору з пупковидним вдавленням у центрі розміром близько 0,1 см, поступово вони збільшуються до 0,5 см. При натискуванні пінцетом на папули із пупковидного вдавлення виділяється крихтоподібна маса білуватого кольору, що складається з рогових клітин, жиру та молюскових тілець. Звичайно висипи множинні, розташовуються невеликими групами або дисеміновано. Локалізуються на обличчі, шиї, грудях, тилі кистей, зовнішніх статевих органах, промежині, внутрішній поверхні стегон, долонях та підшвах. Висипання можуть існувати декілька місяців і навіть років. Розрізняють *атипові* форми контагіозного молюску: гігантські (2 - 3 см у діаметрі), рогові, кистозні, виразкові, фурункуло-, міліа-, акне- та бородавкоподібні.

Діагноз встановлюють на основі клінічної картини, знаходженні молюскових тілець при мікроскопії та циркулюючих антитіл у крові за допомогою імунофлюоресцентного метода.

Диференціюють від звичайних та плоских бородавок, гострокінцевих кондилом, вугревої висипки, міліуму, фолікулітів, базаліоми, кератоакантоми, алергічного дерматиту.

Лікування. Ефективним способом є видалення кожного елемента гострою кюреткою, можливе проколювання поверхні елементи у декількох місцях та видавлювання

**Бородавки
(папіломовірусна
інфекція)**

вмісту. Після чого елемент змашують настійкою йоду, нітрату срібла, ферезолом, фенолом. Загоювання відбувається без утворення рубця. Після видалення моллюсків місце ураження протягом декількох днів протирають камфорним спиртом. Можливе застосування діатермокоагуляції, криотерапії.

--	--

Гострокінцеві кондиломи (гострокінцеві або геніальні бородавки)	
---	--

Контагіозний молюск	
--------------------------------	--