

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 оперізуючий, бородавки, гострокінцеві кондиломи та контагіозний моллюск, 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.
Етіологія	Збудником хвороби є вірус із родини <i>Herpes viridae</i> , що містить ДНК і споріднений з вірусом вітряної віспи. Чутливий до дії ефіру, тривало зберігається при низьких температурах. <i>Існує два типи вірусів:</i> -вірус I-го типу – спричинює ураження шкіри обличчя та слизових оболонок рота і носа; -вірус II-го типу –викликає генітальний герпес та генералізовану інфекцію новонароджених.
Епідеміологія	Джерелом інфекції є хвора людина та вірусоносії. Збудник передається повітряно-краплинним шляхом при (ВПГ I), а також під час контакту (ВПГ II), зокрема, статевим шляхом (ВПГ II). У разі при родженого герпесу можлива трансплацентарна передача вірусу (ВПГ I). У дітей сприйнятливість до герпетичної інфекції дуже висока. Інфікування настає в перші 3 роки життя дитини. Майже всі дорослі мають антитіла проти вірусу простого герпесу. Вхідними воротами інфекції є ушкоджена шкіра та слизові оболонки. Після інфікування вірус герпесу зберігається в організмі людини протягом усього життя. Сприйнятливість висока.
Патогенез	1. Вхідні ворота – травмовані слизові оболонки та шкіра. 2. Розмноження вірусу. 3. Місцеві зміни. 4. З током лімфи потрапляє в регіональні лімфовузли.

	5. Вірусемія. 6. Ураження органів та систем (печінки, селезінки, легень, локалізація у міжхребцевих гангліях, гангліях головного мозку). 7. Хронічне вірусоносійство. 8. Рецидиви (на фоні ГРВІ, переохолодження, тощо).
Клініка	<i>Інкубаційний період</i> складає від кількох днів до 14 днів, гострий початок, інтоксикація. 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, свербіж 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 плоті, 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. Первинний герпес 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 гіперемованій слизовій, розкриваються у перші години після появи та

утворюють болючі ерозії з неправильними дрібно фестончатими 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;

	– рупіюїдна 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).
Діагностика	1. Типові клінічні прояви і дані епідеміологічного анамнезу. 2. Вірусологічне дослідження вмісту пухирців, носоглоткових змивів. 3. Імунофлюоресцентний метод. 4. Серологічні реакції: РЗК, ІФА, РПГА, РН з парними сироватками (наростання титру антитіл в динаміці). 5. Дослідження ліквору (при ознаках менінгоенцефаліту).
Лікування	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; вальтрекс 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 противогерпетичним 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 (В ₁ , В ₁₂ , аскорбінова кислота). <i>Місцево</i> застосовують протівірусні препарати (ацикловір, герпесвір, інтерференова мазь, ДНК – аза, 0,5% теброфенова мазь, 0.5% бонафтонова мазь), епітелізуючі (солкосеріл, дерматол) засоби, анілінові барвники.
Профілактика	1. Інфікованим вагітним вводять імуноглобулін; 2. Носіння масок матерям-годувальницям при інфекції простого герпесу I типу; 3. Кесарський розтин при інфекції II-го типу у роділей; 4. Дотримання санітарно-ветеринарних норм; 5. Провітрювання, вологе прибирання.
Оперізуючий герпес (лишай)	Це є гостра інфекційна хвороба, яка розвивається здебільшого внаслідок активізації в організмі вірусу вітряної віспи. Збудником є Varicella Zoster, містить ДНК. Належить до роду герпесвірусів, має дермато- і нейротропну дію. Нестійкий у зовнішньому середовищі.
Клініка	Інкубаційний період коливається від 11 до 21 дня. На оперізуючий герпес може захворіти і людина похилого віку, навіть якщо вона перенесла вітряну віспу ще в ранньому дитинстві. Хвороба здебільшого починається гостро. Температура тіла підвищується до субфебрильних , рідше фебрильних чисел. Спостерігається млявість, анорексія. Хворі скаржаться на головний біль, рідше біль у м'язах та суглобах. Серед початкових симптомів домінує больовий синдром. З першого дня на тлі проявів загальної інтоксикації з'являється інтенсивний біль за ходом гілок окремих чутливих нервів. Через 1-2, інколи 3 та більше дні під час об'єктивного обстеження в ділянці невралгічного болю визначають нечіткі за обрисами плями та вузькі смуги почервоніння дещо набряклої шкіри. На такому тлі з'являються поодинокі або згруповані вузлики запального характеру та пухирці з прозорим вмістом. У типових випадках протягом найближчих 2-3 днів вузлики перетворюються на напружені пухирці. У наступні 3-4 дні вміст пухирців стає каламутним (гнійним), слабне їх напруження, вміст поступово засихає, утворюються кірочки жовто-бурого кольору. Після

	відпадиння кірочок протягом певного часу зберігається пігментація. Розрізняють форми: 1. Абортивна – найлегша, характеризується завершенням процесу в стадії утворення запальних вузликів, які в найближчі дні вкри- ваються лусочками і зникають, не залишаючи слідів. 2. Бульозна – властиве злиття пухирців й утворення великих пухирів. Вміст їх може бути геморагічним. Після проривання бульозних елементів утворюється ерозивна поверхня, тривале загоєння. Слідів не залишається. 3. Гангренозна форма – перебігає з некротизацією дерми в ділянках дна окремих або злитих пухирців з наступним утворенням кров'янистих (чорних) кірок. Відпадиння кірок супроводжується виразкуванням. Процес загоєння тривалий, в межах декількох тижнів, інколи 1-2 місяці. Після загоєння залишаються рубці. Регіонарні лімфовузли при всіх варіантах висипки у хворих збільшуються відповідно до поширеності та глибини локальних запальних змін. Характерним є однобічне ураження окремого нерва.
Лікування	Як і простого герпесу. При тяжких формах призначають бонафтон по 0,025 2 рази на добу, 5-7 днів з одночасним місцевим застосуванням бонафтонової мазі 3-4 рази на добу 10-15 днів.
Профілактика	1. Ізоляція хворого до 5 днів з моменту останніх висипань. При важкому перебігу – госпіталізація. 2. Контактних осіб до 3 років, які не хворіли на оперізуючий герпес ізолюють з 11 до 21 дня з часу останнього контакту. 3. Пасивна імунізація донорським імуноглобуліном. Збудником 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 .
Вірусні бородавки (verrucae)	доброякісні проліферативні захворювання шкіри і слизових оболонок, які викликаються вірусами папіломи людини (ВПЛ) і характеризуються появою епідермальних новоутворень.
Етіологія і епідеміологія	Збудник захворювання - вірус папіломи людини відноситься до ДНК- вірусів сімейства папававірусів (Papavaviridae). В даний час ідентифіковано та проведена характеристика близько 200 генотипів ВПЛ, які інфікують людину, ссавців і птахів. До представників, які інфікують людину, відносяться alpha-, beta-, gamma-, mu- і nu-papillomavirus. Найбільш частою причиною виникнення вірусних бородавок є ВПЛ 2, 27 і 57 типів (alpha-papillomavirus), 4 типу (gamma-papillomavirus) і 1 типу (mu- papillomavirus). Рідше виявляються ВПЛ 3, 7, 10 і 28 типів (alpha-papillomavirus), ВПЛ 65, 88 і 95 (gamma-papillomavirus) і ВПЛ 41 типу (nu- papillomavirus). Віруси папіломи людини мають певну специфічність ураження тканин. Як правило, ВПЛ 1, 2 і 4 типів виявляються при підошовних бородавках; ВПЛ 2, 4, 26, 27, 29, 57 типів - при вульгарних бородавках; ВПЛ 3, 10, 28, 49 типів - при плоских бородавках; ВПЛ 7 типу - при бородавках «м'ясників»; ВПЛ 13 і 32 типів - при фокальній епітеліальної гіперплазії; ВПЛ 5, 8, 9, 10, 12, 15, 19, 36 типів - при верруціформній епідермодисплазії; ВПЛ 60 типу - при кістозних бородавках. Вірусні бородавки є досить поширеною патологією шкіри та слизових оболонок як у дітей, так і у дорослих. Клінічні прояви папіломавірусної інфекції шкіри спостерігаються у 3-9% дітей та підлітків і у 28-30% дорослих. Достовірної кореляційної залежності між частотою даної патології та расовою або гендерною приналежністю не спостерігається. Близько 38-42% клінічно здорових людей є носіями ВПЛ. Передача вірусу може відбуватися контактено-побутовим шляхом, при ауто- або гетероінокуляції в місцях пошкодження епітеліальної тканини. Ризик інфікування

	ВПЛ залежить від ряду факторів, таких як локалізація вогнищ ураження, кількісні показники ВПЛ (вірусне навантаження), ступінь і характер контакту з хворою людиною, стан загального і локального імунного статусу. Інфікуванню людини сприяє наявність мікротравм і наявність запальних процесів шкіри. У клітинах базального шару епідермісу вірус може знаходитися тривалий час в латентному стані. При наявності сприятливих факторів підключаються процеси реплікації ВПЛ в епітелії, що призводить до порушення диференціювання клітин і формуванню клінічних проявів захворювання.
Клініка	Клінічна картина Залежно від особливостей клінічної картини захворювання виділяють наступні види шкірних проявів ВПЛ: вульгарні бородавки; долонно-підшовні бородавки; мозаїчні бородавки; кістозні бородавки; плоскі бородавки; ниткоподібні бородавки (акрохорди); бородавки «м'ясників»; фокальна епітеліальна гіперплазія; веруциформна епідермодисплазія. Суб'єктивні симптоми: - хворобливість при компресії в місцях локалізації бородавок; - деформація нігтьових пластинок при формуванні розростань в зоні нігтьових валиків; - деформація стопи при масивному ураженні шкіри підшви і вираженому больовому синдромі. Об'єктивні симптоми: - вульгарні бородавки - множинні безболісні папули діаметром 0,2-0,5 см, покриті папіломатозним розростанням, що локалізуються переважно на шкірі тилу кистей і стоп; - долонно-підшовні бородавки – щільні, хворобливі, округлі папули і бляшки, що локалізуються на шкірі підшов стоп і / або долонній поверхні кистей на одному рівні з нормальною шкірою, мають зернисту поверхню, покриту гіперкератотичними нашаруваннями. В центрі утворень нерідко спостерігається чорно-коричневі точки, пошкодження яких призводить до кровотечі(затромбовані капіляри); - мозаїчні бородавки - дифузні вогнища

	гіперкератозу, що локалізуються на шкірі долонь і підшов, частіше в області переднього відділу стопи, нерідко покриті глибокими тріщинами; - кістозні бородавки – утворення у вигляді м'якого вузла з гіперкератозом і тріщинами на поверхні, при розтині якого виділяється біло- жовтий сирнистий вміст; локалізуються на поверхні підшви, яка має найбільше навантаження; - плоскі бородавки - дрібні множинні папули кольору нормальної шкіри, що локалізуються переважно на тилу кистей, передпліч, обличчя і слизових оболонках; - ниткоподібні бородавки - тонкі рогові вирости, що локалізуються, як правило, навколо рота, носа і очей; - бородавки «м'ясників» - гіпертрофічні бородавчасті розростання кольору нормальної шкіри, що нагадують цвітну капусту і локалізуються на тилу кистей і пальцях у людей, що мають професійний контакт з м'ясом; - фокальна епітеліальна гіперплазія - множинні світлі або блідо-рожеві куполоподібні папули розміром 0,1-0,5 см, які зливаються в бляшки і локалізуються на червоній облямівці губ з переходом на слизову оболонку порожнини рота, ясен і язика (зустрічаються виключно в осіб індіанського походження); - веруциформна епідермодисплазія - аутосомно-рецесивне успадковане захворювання, що характеризується множинними пігментними плямами і бородавками, головним чином, плоского типу, які мають тенденцію до злиття і поширюються по всій поверхні шкіри тилу кисті, передпліччя, гомілки, обличчя.
Діагностика	Діагноз вірусних бородавок базується на підставі клінічної картини і анамнестичних даних, що вказують на розвиток набутих, повільно збільшуваних в розмірах і / або кількості папул. Для підтвердження діагнозу може використовуватися гістологічне дослідження. У зв'язку із застосуванням в терапії деструктивних методів додатково рекомендується проведення серологічного дослідження на сифіліс, гепатити, ВІЛ.
Диференціальна діагностика	Диференціальна діагностика вульгарних бородавок проводиться з контагіозним моллюском, епідермальним бородавчастим невусом, а в разі одиничного утворення на тилу кінцівок - з базально-клітинним раком шкіри. Контагіозний моллюск частіше розташовується на шкірі

тулуба і статевих органах і рідко - на шкіри тилу кистей і стоп. Елементи мають напівкулясту форму з центральним вдавленням на поверхні, при розтинанні виділяється білувата кашкоподібна маса.

Епідермальний бородавчастий невус, на відміну від простих бородавок, частіше буває одиночним і існує, як правило, з народження або перших років життя, підноситься над рівнем шкіри, має коричневий колір і часто покритий волоссям.

Базаліома, як правило, розвивається у осіб похилого віку, має інфільтративну підставу, по периферії елементу є типовий периферичний валик з вузликів елементів, а в центральній частині має зону западання, яка покрита кіркою, після видалення якої утворюється поверхнева виразка, яка може кровоточити.

Долонно-підшовні бородавки слід відрізнити від кератодермії долонь і підшов при хвороби Рейтера, долонно-підшовних сифілідів, а також мозольних утворень.

Кератодермія долонь і підшов відрізняється великим розміром, конічною формою, наявністю запалення навколо нашарувалися рогових мас, відсутністю в центрі вогнища чорно-коричневих точок.

Долонно-підшовні сифіліди зазвичай множинні, безболісні, мають по периферії зони відшаровується епідермісу (комірець Біетта), позитивні серологічні реакції на сифіліс.

Мозоль має папілярний малюнок. Тиск на бородавку в напрямку формування шкірної складки часто викликає хворобливість, в той час як мозолі бувають болючими тільки при вертикальному тиску.

Диференціальну діагностику плоских бородавок проводять з сирингіомою, ангіо-кератомою Мібеллі, червоним плоским лишаям, гіперплазією сальних залоз. Сирингіоми проявляються множинними висипаннями і вузликами напівкулястої форми, що локалізуються на нижній повіці, у внутрішнього кута ока, на шиї, передньої поверхні грудної клітки, які переважно спостерігається у жінок.

При ангіокератомі Мібеллі колір елементів темно-червоний, гістологічно виявляється різке розширення капілярів.

Папули червоного плоского лишая можна диференціювати за кольором, полігональною формою,

	визначені сітки Уікхема і можливої локалізації висипів на слизовій оболонці щік.
Лікування	<i>Мета лікування:</i> деструкція вірусних бородавок та поліпшення якості життя пацієнтів. <i>Загальні зауваження по терапії</i> Показанням до проведення лікування є наявність клінічних проявів вірусних бородавок. Провідним напрямком у лікуванні вірусних бородавок є деструктивна терапія. Дана методика є пріоритетною, незважаючи на те, що її ефективність становить 50-80%, а ймовірність розвитку рецидиву після регенерації тканин залишається вельми високою. Високий ризик рецидиву відзначається при поширених бородавках, при підошовних бородавках, при бородавках з поразкою нігтьового ложа. При виборі методу терапії необхідно враховувати локалізацію і площу осередків ураження. Жодні методи лікування не є універсально ефективними щодо елімінації вірусних бородавок. У дітей, навіть без лікування у 50% хворих бородавки зникають протягом 6-ти місяців.
Методи деструкції	Фізичні методи 1. Електрокоагуляція (В). Вірусні бородавки методом електрокоагуляції видаляють пошарово. Деструкцію проводять під місцевою інфільтраційною анестезією 2% розчином лідокаїну. 2. Кріодеструкція (В). Заморожування патологічного утворення проводиться за допомогою рідкого азоту, закису азоту, двоокису вуглецю. З метою деструкції використовують насадки круглої форми з гладкою контактною поверхнею. Охолоджений кріозонд поміщають перпендикулярно поверхні шкіри і щільно притискають до неї. Експозиція становить 1-5 хв. При деструкції плоских і вульгарних бородавок застосовується одноразовий метод, підошовних бородавок - метод «олімпійських кілець». Повторне проведення деструкції через 7-10 днів. 3. Лазерна деструкція (В). Бородавки видаляють пошарово. Вплив здійснюють контактним способом, сканируючими рухами світловода, в безперервному режимі роботи апарату, з експозицією від 2-5 секунд до 2-3 хвилин в залежності

	від розміру бородавки. Утворився в процесі лазерної абляції струп видаляють ножицями, потім дно рани вдруге опромінюють лазером. Після опромінення зруйновані тканини видаляють марлевим тампоном, змоченим спиртовим розчином або розчином перекису водню. Пацієнту рекомендується обробляти поверхню рани розчинами анілінових барвників 2-4 рази на добу, уникати травмування рани і контакту з водою, а також самостійного видалення струпу до закінчення процесу загоєння. Деструкцію проводять під місцевою анестезією 2% розчином лідокаїну. 4. Радіохірургічна деструкція (С). Метод заснований на генерації електромагнітної хвилі різних частот в діапазоні від 100 кГц до 105 МГц. Радіохвиля великої потужності проходить від робочого електрода через тканину, викликаючи незначний розігрів в місці торкання робочого електрода, при цьому відбувається розрив або розсічення тканини без механічного зусилля або коагуляції. Деструкцію проводять під місцевою анестезією 2% розчином лідокаїну. 5. Хімічні методи 1. Місцеве застосування лікарських форм, що містять саліцилову кислоту або інші кислоти та їх різні суміші. Лікарський засіб для зовнішнього застосування наноситься на бородавки. Для кращого проникнення препарату, вражену поверхню попередньо знежирюють 70% спиртовим розчином розчину. Після деструкції бородавок рекомендується обмеження водних процедур, а обробку зони враження проводити не спиртовими розчинами антисептиків (хлоргексидин, мірамістин, перекис водню). Також пропонуються експериментальні методи лікування бородавок, які включають в себе: застосування ретиноїдів, імуномодуляторів, крему фторурацилу, фотодинамічної терапії, лазерної вапоризації, імпульсного лазера на барвнику. <i>Лікування дітей:</i> методам вибору лікування бородавок у дітей є фізичні методи деструкції, які не викликають токсичних побічних реакцій.
Контагіозний молюск (molluscum contagiosum)	це поширене вірусне захворювання шкіри, спричинене вірусом із родини Poxviridae, який є патогенним лише для людини. Захворювання може розвинути в осіб любого віку,

	однак найбільш часто цей інфекційний дерматоз зустрічається серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Незважаючи на те, що прояви контагіозного моллюску на шкірі не супроводжуються жодними суб'єктивними відчуттями і на перший погляд є лише косметичним дефектом, цей вірусний дерматоз є заразним і тому у разі його виникнення дитину, яка відвідує дитячий садок чи школу слід негайно направити до лікаря-дерматолога і на період лікування – ізолювати від оточуючих дітей.
Шляхи передачі	Контагіозний моллюск передається дітям контактно-побутовим шляхом у дитячому садку чи школі при колективних іграх чи контактних видах спорту, під час обміну інфікованими іграшками, шкільним приладдям чи побутовими речами. Зараження контагіозним моллюском можливе при відвідуванні басейнів, річок, озер, водойм. У дорослих частим є статевий шлях зараження. Вірус контагіозного моллюску є досить стійким, тому може тривалий час зберігатися в пилу, постільній та натільній білизні.
Патомеханізм:	розмножується виключно у клітинах плоского епітелію, не проникає глибше та не спричиняє віремії.
	Оскільки шкіра здорової людини виконує захисні функції, які забезпечуються цілісністю шкірних покривів, бактерицидною дією шкірного сала, факторами місцевого та системного імунітету, тому проникненню вірусу і розвитку контагіозного моллюска у дітей сприяють: більш тонкий порівняно з дорослими поверхневий шар шкіри (епідерміс), пошкодження шкірних покривів (травми, мікротравми шкіри), сухість шкіри (внаслідок надмірного застосування миючих засобів, спиртових лікарських засобів), погане харчування (гіпо- і авітамінози тощо), зниження імунологічної резистентності організму, а також наявність хронічних захворювань шкіри із проявами сухості (атопічний дерматит та ін.). Захворюванню контагіозним моллюском сприяють нехтування правилами особистої гігієни, антисанітарні умови побуту тощо. Після проникнення вірусу контагіозного моллюска у шкіру висипка виникає не відразу – інкубаційний період триває від 2 тижнів до 2-6 місяців. Висипка контагіозного моллюска у дітей частіше виникає

	на відкритих ділянках шкіри (на обличчі в ділянці лоба, повік), шиї, тилі кистів, однак досить часто розвивається і на шкірі закритих ділянок тулуба (передня поверхня грудної клітки та черева тощо). Контагіозний моллюск характеризується утворенням на шкірі щільних напівкулястих папул (вузликів) величиною від просяного зерна до горошини тілесного чи білуватого кольору з восковим відтінком без гострозапальних проявів і суб'єктивних відчуттів. Елементи висипки можуть бути одиничними або множинними, вони можуть групуватися, інколи – зливатися між собою. У центрі вузлика формується пупкоподібна заглибина, через яку при стисканні його з боків виділяється біла сироподібна маса (“моллюскові тільця” – клітини шкіри, уражені вірусом). Особливості у дітей: – більш тонкий порівняно з дорослими поверхневий шар шкіри (епідерміс) та часте пошкодження шкірних покривів (травми, мікротравми шкіри), що підвищує ризик зараження дітей вірусом контагіозного моллюска; – дрібні розміри висипки; – часте розташування висипки на шкірі обличчя, особливо навколо очей і на повіках; – множинний характер елементів висипки; – часте ускладнення висипки вторинною інфекцією, особливо в ділянках великих складок і тертя; – нерідкі випадки рецидивування дерматозу після неадекватної терапії.
Діагностика	На основі клінічної картини. У сумнівних випадках мікроскопічне дослідження витиснутого з елементу висипання матеріалу або біоптату шкіри, забарвленого методом Райта або Гімза — наявність включень («моллюскові тільця») у цитоплазмі.
Диференційна діагностика	1) невус Шпіца, нашірні епітеліоми (напр. базальноклітинні та ін.), xanthogranuloma juvenile, звичайні бородавки та гострокінцеві кондиломи, міліуми, фолікулярний кератоз, блискучий ліхен, киста потової або сальної залози; 2) дисеміновані зміни у хворого з імунодефіцитом — дисемінована форма криптококозу або гістоплазмозу; 3) контагіозний моллюск із запальною реакцією — бактеріальний дерматит (напр., фолікуліт, фурункул).

Лікування	1. Фармакологічне лікування (ефективність невизначена): 1) подофілотоксинумісцево в кремні або розчин — особливо у чоловіків, обережно у жінок дітородного віку; 2) якщо лікований шкірний висип стає чутливим, еритематозно зміненим, набряклим, покритим кірочкою або гнійним ексудатом, що вказує на вторинну бактеріальну інфекцію → використовуйте антибіотик локально (рідше п/о); 3) у ВІЛ-позитивних хворих необхідна інтенсивна антиретровірусна терапія. 2. Інвазивна терапія: 1) лазеротерапія — дуже ефективна, невисокий ризик рубців або депігментацій; 2) кріотерапія рідким азотом — якщо елементи не є численними; можливі ускладнення — міхурі та рубці, інколи необхідно повторювати процедуру кожні 2–4 тиж.; 3) кюретаж або видалення голкою під місцевою анестезією — якщо елементи висипань поодинокі.
Профілактика	• дотримуйтеся правил гігієни, під час лікування дитини необхідно провести дезінфекцію її одягу та постільної білизни, які слід випрати при максимально високих температурах та після просушування випрасувати з обох сторін; • слід постійно обробляти всі дитячі іграшки малюка, особливо ті, якими він користується найчастіше; • вологе прибирання приміщень – один з важливих заходів профілактики та повного одужання дитини; • оскільки контагіозний молюск може передаватися через побутові речі, з метою захисту членів сім'ї від зараження, кожному необхідно мати особисті комплекти рушників, мочалок, посуду та інших речей індивідуального використання; • під час лікування контагіозного молюску забороняється приймати ванну, рекомендовано мити дитину під душем проточною водою; • уникнення травмування шкіри, попередження розвитку сухості шкіри, лікування супутніх захворювань шкіри із проявами ксерозу; • важливим заходом профілактики виникнення та

	поширення контагіозного моллюска у дорослих і дітей є: зміцнення імунної системи (раціональне харчування, загартовування, заняття спортом тощо), санація хронічних вогнищ інфекції, лікування захворювань внутрішніх органів тощо.
--	--