

Міністерство освіти і науки України  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

## **ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ТА СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК**

Методичні рекомендації  
для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу з дисципліни  
«Дерматологія, венерологія»

*Електронний ресурс*

**Рецензенти:**

**М. С. Матвієнко** – доктор філософії (медицина), доцент, завідувачка кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини;

**В. Д. Бабаджан** – доктор медичних наук, професор кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л. Т. Малої, Харківський національний медичний університет.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради  
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна  
(протокол № 8 від 16 травня 2023 року)*

**Вірусні** захворювання шкіри та слизових оболонок : методичні рекомендації для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу з дисципліни «Дерматологія, венерологія» [Електронний ресурс] / укладачі Т. І. Лядова, О. В. Волобуєва, Д. М. Дорош. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2023. – (PDF 32 р.)

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Надається орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти, де чітко визначені, послідовно та детально описані рекомендації щодо підготовки на кожному етапі практичного заняття. Наведено перелік основних теоретичних питань і практичних навичок, структура та зміст теми, надані тестові завдання для контролю вихідного та кінцевого рівня знань, вказана основна та додаткова література, у додатках є посилання на електронні ресурси навчально-методичних матеріалів кафедри.

**УДК 616.127-008-07(072)**

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2023

© Лядова Т. І., Волобуєва О. В.,  
Дорош Д. М., укл., 2023

## ЗМІСТ

Орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти при підготовці до практичних занять .....	4
Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття «ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ТА СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК» .....	6
ОСНОВНІ ПИТАННЯ (основні теоретичні питання та основні практичні навички з теми практичного заняття) .....	7
Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ .....	8
СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ .....	10
Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ .....	25
САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання за темою практичного заняття .....	26
Список рекомендованої літератури (основна, додаткова) .....	27
Додаток 1. Офіційний сайт Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна та кафедри загальної та клінічної імунології та алергології медичного факультету .....	29
Додаток 2. ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна eKhNUIR .....	30
Додаток 3. Офіційна група у Facebook, що присвячена Кафедрі Загальної та Клінічної Імунології та Алергології Харківського Національного Університету імені В. Н. Каразіна. Новини, оголошення, корисна інформація для студентів .....	31

## **ОРІЄНТОВНА КАРТА РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

### Підготовчий етап:

1. Знати **міждисциплінарну інтеграцію** теми практичного заняття із набутими теоретичними знаннями та практичними навичками з базових дисциплін (медична біологія, медична та біологічна фізика, латинська мова, анатомія людини, нормальна та патологічна фізіологія, біологічна та біоорганічна хімія, патологічна анатомія, мікробіологія, вірусологія та імунологія, фармакологія, філософія та ін.). Знати термінологію (і в латинській транскрипції).
2. **Мотиваційна характеристика та обґрунтування теми** практичного заняття для **формування клінічного мислення**, зокрема для подальшого формування умінь застосовувати знання щодо діагностики основних симптомів і синдромів та можливостей сучасних лабораторно-інструментальних методів обстеження в процесі подальшого навчання та у майбутній професійній діяльності.
3. Ознайомитися з видами навчальної діяльності, інформація за якими надана на довідкових стендах кафедри: **календарно-тематичні плани лекцій, практичних аудиторних занять та позааудиторна самостійна робота здобувачів** вищої медичної освіти 4-го року навчання, що відповідають Навчальному плану типової та робочої Програми навчальної дисципліни «Дерматологія, венерологія».
4. Використання відповідної основної і додаткової **навчально-методичної літератури**:
  - **підручники та навчальні посібники** (друковані та електронні варіанти), список яких наданий у цих методичних рекомендаціях після теоретичного розділу;
  - **навчально-методичні матеріали кафедри** (методичні рекомендації для самостійної підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання з дисципліни «Дерматологія, венерологія» до практичних занять та для позааудиторної самостійної роботи);
  - **відвідування лекцій** (аудиторне лекційне забезпечення навчального процесу з використанням multi-media презентацій) – згідно календарно-тематичного плану.Для підготовки використовувати **друковані видання**, які можна отримати в бібліотеці, та/або **електронні версії** цих видань, що розміщені на офіційному сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments> (навігація за розділами: ... / Факультети / Кафедри / Інфекційних хвороб та клінічної імунології) – див. Додаток 1; та у відкритій інтерактивній базі електронного архіву ресурсів Репозитарію ХНУ імені В.Н.Каразіна <http://ekhnuir.univer.kharkov.ua>

<p>(навігація: Медичний факультет / Навчальні видання. Медичний факультет) – див. <u>Додаток 2</u>.  Бажано нотувати основні питання у вигляді конспектів.</p>
<p><b>Основний етап:</b></p>
<p>Практичні заняття тривалістю 4 академічні години проводяться на <b>клінічній базі кафедри</b> — КНП «Державний дерматовенерологічний диспансер №1» Харківської міської ради (Харків, вулиця Цілиноградська, 50) – див. <u>Додаток 3</u>.  <b>Увага!</b> Кожен здобувач вищої медичної освіти зобов'язаний мати медичний халат, змінне взуття, медичну шапочку, маску, бахіли, стетофонендоскоп.</p>
<p>1. Для досягнення учбової мети практичного заняття та засвоєння теоретичної частини теми – треба <b>ВИВЧИТИ</b> та <b>ЗНАТИ</b> відповіді на <b>основні теоретичні питання</b> з теми заняття (див. перелік основних теоретичних питань), які будуть перевірятися викладачем шляхом усного та/або письмового опитування (корекція, уточнення, доповнення відповідей) на основному етапі проведення практичного заняття.</p>
<p>2. <b>ВМІТИ</b> вирішувати з поясненнями теоретичні, тестові (для контролю вихідного та кінцевого рівня знань), ситуаційні задачі та рецептурні завдання, які запропоновані для засвоєння теми.</p>
<p>3. <b>ОВОЛОДІТИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ</b> з теми заняття:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Приймати активну участь у демонстрації викладачем методики дослідження тематичного хворого, та відпрацьовувати практичні навички біля ліжка хворого під контролем викладача.</li> <li>● Провести курацію хворих, дати інтерпретацію отриманим лабораторним та інструментальним методам дослідження, вміти користуватися необхідними приладами, приборами, інструментами.</li> <li>● Встановити діагноз, провести диференційний діагноз, проаналізувати принципи лікування, виписати рецепти на основні лікарські препарати.</li> </ul>
<p>4. <b>ВИКОНАТИ</b> обов'язкові завдання, що передбачені для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи.</p>
<p><b>Заключний етап:</b></p>
<p>1. На підставі опанування теоретичних знань та практичних навичок з теми формувати клінічне мислення та навички встановлення синдромного діагнозу для подальшого навчання професії лікаря.</p>

## **Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття**

### **«ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ТА СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК»**

Підвищення рівня знань з питань етіології, патогенезу, класифікації, клініки та діагностики хворих на лепру: основні клінічні та інструментальні методи обстеження, навчити здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання сучасній тактиці ведення хворих з шкірною патологією.

#### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ:**

**Здобувач вищої медичної освіти 4-го року навчання повинен ЗНАТИ (основні теоретичні питання):**

- етіопатогенез вірусних хвороб шкіри та слизових;
- клінічну класифікацію проявів вірусних хвороб шкіри та слизових;
- особливості клінічних проявів;
- особливості клінічного перебігу, вірусних хвороб шкіри та слизових;
- характеристику найчастіших уражень шкіри;
- особливості диференційного діагнозу уражень вірусних хвороб шкіри та слизових;
- методи лабораторної діагностики;
- принципи лікування;
- принципи профілактики;
- правила диспансеризації;
- принципи косметичного догляду за шкірою

**Здобувач вищої медичної освіти 4-го року навчання повинен ВМІТИ (основні практичні навички з теми практичного заняття):**

- зібрати анамнез хвороби;
- обстежити хворого і виявити основні симптоми захворювання, обґрунтувати клінічний діагноз;
- провести диференціальну діагностику;
- на основі клінічного обстеження своєчасно розпізнати можливі ускладнення захворювання та невідкладні стани;
- оформити медичну документацію за фактом встановлення попереднього діагнозу;
- скласти план лабораторного і додаткового обстеження хворого;
- інтерпретувати результати лабораторного обстеження;
- аналізувати результати специфічних методів діагностики в залежності від матеріалу і терміну хвороби;
- скласти індивідуальний план лікування з урахуванням клінічних даних, стадії хвороби, наявності ускладнень, тяжкості стану, алергологічного анамнезу, супутньої патології; надати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;

- дати рекомендації стосовно режиму, дієти, обстеження.

### Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

#### 3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Фізіологія	Параметри фізіологічної норми органів і систем людини; показники лабораторного обстеження в нормі ( заг. ан. крові, сечі, біохімія крові, параметри КОС, електролітів тощо).	Оцінити дані лабораторного обстеження.
Патофізіологія	Механізм порушення функцій органів і систем при патологічних станах різного генезу.	Інтерпретувати патологічні зміни за результатами лабораторного обстеження при порушеннях функції органів і систем різного генезу.
Неврологія	Патогенез, клінічні ознаки токсичної енцефалопатії	Провести клінічне обстеження хворого з ураженням нервової системи.
Хірургія	Клініко-лабораторні ознаки тяжких станів, тактику невідкладної допомоги.	Своєчасно поставити діагноз та ускладнень, призначити відповідне обстеження, надати невідкладну допомогу.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Основні етапи та методи клінічного обстеження хворого.	Зібрати анамнез, провести клінічне обстеження хворого, виявити патологічні симптоми і синдроми. Аналізувати отримані дані.
Клінічна фармакологія.	Фармакокінетику, фармакодинаміку, побічні ефекти противірусних засобів,	Призначити лікування в залежності від віку, індивідуальних особливостей хворого,

	засобів патогенетичної терапії.	вибрати оптимальний режим прийому та дозу препарату, виписати рецепти.
Реанімація та інтенсивна терапія	Невідкладні стани: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ІТШ</li> <li>• Анафілактичний шок</li> <li>• Інфекційно-токсична енцефалопатія</li> </ul>	Своєчасно діагностувати та надати невідкладну допомогу при невідкладних станах: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ІТШ</li> <li>• Анафілактичний шок</li> <li>• Інфекційно-токсична енцефалопатія</li> </ul>

### **Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ:**

1. Такі шкірні захворювання не викликані вірусами:
  - А. Герпес оперізуючий
  - Б. Бородавки
  - В. Токсикоепідермальний некроліз
  - Г. Молюск контагіозний
  - Д. Герпес простий
  
2. Вірусні бородавки інфікують шкіру:
  - А. Безпосереднім попаданням з їжею
  - Б. Інгаляцією через легені
  - В. Лімфатичним проникненням
  - Г. Безпосереднім попаданням на шкіру
  - Д. Усе перелічене вірно
  
3. Вірус простого герпесу уражає такі ділянки тіла:
  - А. Червона крайка губ
  - Б. Лице
  - В. Кон'юнктива
  - Г. Геніталії
  - Д. Усе перелічене вірно
  
4. Етіологія бородавок:
  - А. ВПГ - 1
  - Б. ВПГ - 2
  - В. ВПЛ
  - Г. ЦМВ
  - Д. ВЕБ

5. Джерело вірусу бородавок:
- А. Кімнатні тварини
  - Б. Сільськогосподарські тварини
  - В. Пацюки
  - Г. Інші люди
6. Клінічна картина контагіозного моллюска представлена:
- А. Пустулами з в'ялою покришкою
  - Б. Вузликми з характерним вдавлення в центрі
  - В. Папуло-везикулами з наявністю характерних ходів
  - Г. Папулами з сріблясто-білими лусочками
  - Д. Уртикарним висипом на тлі еритеми
7. Такі клінічні ознаки характерні для герпесу простого:
- А. Відчуття печіння
  - Б. Незначні поверхневі виразки
  - В. Частота рецидивів
  - Г. Локалізація на червоній крайці губ
  - Д. Усе перелічене вірно
8. Вкажіть віруси, які виробляють інтрацитоплазматичні тільця:
- А. Вітряна віспа
  - Б. Бородавки
  - В. Герпес сімплекс
  - Г. 100% контагіозний моллюск
  - Д. Герпес зостер
9. Вірус герпесу другого типу характеризується морфологічним елементом:
- А. Папула
  - Б. Пустула
  - В. Везикула
  - Г. Горбик
  - Д. Вузол
10. Вірус бородавок локалізується у:
- А. Епідермальних клітинах
  - Б. Дермальному фібробласті
  - В. Базальній мембрані
  - Г. Еластичних волокнах

Еталони відповідей: 1 – В, 2- Г, 3 – Д, 4 – В, 5 – Г, 6 – Б, 7 – Д, 8 – Г, 9 – В, 10 – А.

---

## СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ

### ГЕРПЕС ПРОСТИЙ

**Етіологія та патогенез.** Вірус простого герпесу належить до родини *Herpesviridae* підродини *Alphaherpesvirinae* виду *Simplexvirus*. Існує два антигенні серотипи ВПГ-перший тип (ВПГ-1) та другий тип (ВПГ-2). Для ВПГ-1 і ВПГ-2 характерна 50% гомологія, що дає змогу припускати походження одного типу вірусу від іншого, ймовірно, другого типу від першого. Відповідна гіпотеза частково підтверджується тим, що ВПГ-1 практично універсально уражає дітей, а також тим, що інфікованість ВПГ-1 не відвертає інфікування ВПГ-2. Воднораз за наявності в організмі ВПГ-2 інфікування вірусом простого герпесу першого типу може не відбуватися.

Передавання ВПГ-1 відбувається зазвичай у дитячому віці за умови безпосереднього контакту із хворим або вірусоносієм через заражені предмети чи повітряно-крапельним шляхом. Це зумовлює переважну орофасціальну локалізацію герпетичних уражень, спричинених ВПГ-1, зокрема на ділянках шкіри навколо рота (*herpes labialis*), носа (*herpes nasalis*), рідше на шкірі щік, повік, вушних раковин. Окрім шкіри, можуть уражатися слизові оболонки порожнини рота. Зокрема герпетичний стоматит як один із проявів герпесу виникає на слизовій оболонці щік, язика, твердого піднебіння, глотки та мигдаликів.

Передача ВПГ-2 відбувається переважно при статевих зносинах, а також при тісних побутових контактах із хворим або вірусоносієм. ВПГ-2 є домінуючим при виникненні генітальної герпетичної інфекції (*herpes genitalis*) із локалізацією ураження на шкірі та слизових оболонках зовнішніх статевих органів чоловіків і жінок (крайня плоть та голівка статевого члена, великі й малі статеві губи, піхва, уретра, шийка матки та ін.). Разом із тим сталої залежності між антигенними серотипами ВПГ та локалізацією герпетичного ураження на шкірі й видимих слизових оболонках (генітального, екстрагенітального) не існує. Підтвердженням цього є те, що близько 20% випадків генітального герпесу спричиняє ВПГ.

Важливим для патогенезу простого герпесу є розвиток хронічної персистувальної інфекції в сенсорних гангліях. Згідно із сучасною теорією, ВПГ, проникнувши через слизові оболонки ротоглотки, кон'юнктиви очей, уретри, шийки матки, прямої кишки або через мікротріщини на шкірі при первинному

інфікуванні, досягає нервових закінчень і через ретроградний аксон просувається до сенсорних гангліїв, де відбувається гостре інфікування, при якому вірус реплікується у клітинах чутливого нервового вузла. Потім вірус переходить у стан персистенції, що є причиною латентного перебігу герпесу. За певних умов (насамперед унаслідок недостатнього імунного контролю) відбувається активація вірусу; активований вірус із ганглію мігрує аксоном периферичного нерва й репродукується в епітеліальних клітинах. Умовою репродукції вірусу, окрім послаблення загального імунологічного контролю, є порушення місцевого імунітету в ділянці епідермісу.

**Епідеміологія.** Простий герпес на сучасному етапі є однією з найпоширеніших неконтрольованих інфекцій людини (під неконтрольованістю інфекції людини мають на увазі відсутність ефективного методу щеплення або методів лікування, які дають змогу досягати повної елімінації збудника з організму господаря). Понад 50% населення в економічно розвинених країнах та до 100% у країнах, що розвиваються, є серопозитивним щодо присутності ВПГ. Захворювання має пандемічний характер. Генітальний герпес посідає перше місце за поширеністю поміж інших відомих інфекцій людини, які передаються переважно статевим шляхом. Генітальна герпетична інфекція уражає всі популяційні групи населення. При цьому частота інфікування коливається залежно від вікових, статевих та соціальних характеристик відповідних груп. Проблему герпетичної інфекції поглиблює зростання кількості випадків безсимптомного й атипового перебігу захворювання. Виявлено суттєве розходження між кількістю осіб серопозитивних щодо ВПГ та кількістю осіб із клінічними проявами простого герпесу.

**Клініка.** Залежно від характеру й складності ураження, його локалізації та схильності до рецидивування вирізняють герпес простий первинний і герпес простий рецидивний.

Захворювання починається зі свербіжжю або печіння з утворенням груп дрібних напружених пухирців розміром із просяне зерно або невеличку горошину на тлі дещо набряклої обмеженої гіперемійованої плями. Вміст пухирців прозорий, але через 2-3 дні стає каламутним. Пухирці, спочатку ізольовані, мають схильність до злиття, іноді утворюючи один або два багатокамерні пухирі. Через 3-5 днів пухирці підсихають з утворенням жовтуватого-сірих кірочок. Через 6-8 днів кірочки відпадають, а на місці їх залишається вторинна пігментація, які згодом зникає безслідно.

**Герпес простий первинний.** Первинне інфікування ВПГ-1 відбувається переважно в ранньому дитячому віці, коли у крові дитини зникають материнські

антитіла, а місцевий імунітет іще недостатньо розвинено. Передавання ВПГ-1 відбувається повітряно-крапельним шляхом чи при тісному контакті з дорослим, який має клінічні прояви герпесу на губах або обличчі. У більшості випадків первинні прояви простого герпесу є незначними (почервоніння, свербіж) і залишаються непоміченими. Воднораз у дітей, інфікованих ВПГ-1, може виникати первинний герпетичний гінгівостоматит. Він розвивається раптово з підвищенням температури тіла до 39-40°C та явищами інтоксикації. На слизових оболонках щік, ясен, губ, язика, піднебіння, мигдаликів утворюються згруповані болючі пухирці. Після руйнування їх виникають болючі ерозії, схильні до злиття й утворення вогнищ із фестончастими контурами на набряклій основі. Регіонарні підщелепні лімфатичні вузли збільшуються. Клінічні прояви запального процесу стихають через два-три тижні. В ослаблених дітей можлива генералізація процесу з ураженням внутрішніх органів, що становить загрозу для життя. Залежно від характеру ураження слизових оболонок вирізняють три клінічні форми герпетичного гінгівостоматиту-катаральну, ерозивну й виразково-некротичну.

***Герпес первинний генітальний.*** Герпес генітальний передається переважно статевим шляхом. Первинний клінічний епізод генітального герпесу виникає після односемиденного інкубаційного періоду. Для первинного клінічного епізоду досить часто характерною є численна генітальна й екстрагенітальна симптоматика, а також асоціювання із загальноклінічними проявами. У чоловіків герпетична висипка зазвичай локалізується на голівці й стовбурі статевого члена та припутні, а в жінок - на малих і великих статевих губах, у піхві, на кліторі, шийці матки, промежині, стегнах, сідницях. На тлі значної еритеми та набряку виникають згруповані пухирці спочатку з прозорим, а далі каламутним умістом. На місці зруйнованих пухирців утворюються ерозії, іноді виразки, тріщини. Суб'єктивно поява висипки супроводжується відчуттям болю та свербіжу. Виникає болючий паховий лімфаденіт. Первинний клінічний епізод генітального герпесу відрізняється від дальших рецидивів тяжчим і тривалішим перебігом (до 4-5 тижнів).

***Герпес простий рецидивний та герпес генітальний рецидивний.*** У більшості випадків після перенесеного клінічного епізоду простого герпесу настає клінічне видужання. Разом із тим вірус (ВПГ-1, ВПГ-2) зберігається в організмі людини протягом усього життя у прихованій формі, не викликаючи клінічних симптомів захворювання. Приблизно 90% людей, інфікованих ВПГ, є вірусоносіями. Під впливом ряду чинників, які знижують захисні можливості організму інфекційних захворювань, особливо застудних, тощо, виникають

рецидиви простого герпесу. Клінічний епізод рецидиву простого герпесу має легший перебіг порівняно з первинним клінічним епізодом захворювання.

Типова локалізація ураження при рецидиві простого герпесу – губи обличчя, рогівка та кон'юктива ока, сідниці. На цих ділянках виникають згруповані пухирці із прозорим вмістом, що супроводжується свербіжем і печінням. Згодом утворюються болючі ерозії, які можуть зливатися. Ексудат на поверхні срозій засихає у вигляді кірочок, після відторгнення їх залишаються вторинні плями. Клінічні рецидиви простого герпесу можуть виникати впродовж років і десятиліть із різною частотою - від одного-двох на рік до двох-чотирьох на місяць. Існують атипів клінічні форми рецидивного простого герпесу - набрякова (на повіках і губах), зостериформна (однобічна висипка за ходом нерва), геморагічна, геморагічно-некротична, дисемінована (утворення висипки на різних ділянках).

Рецидиви генітального герпесу також характеризуються легшим перебігом порівняно з його первинним епізодом. Висипка на шкірі та слизових оболонках нечисленна. У чоловіків висипка здебільшого локалізується на голівці статевого члена та припутні, а в жінок - на малих і великих статевих губах, у піхві, на шийці матки. Висипку може бути представлено пухирцями, ерозіями, виразками. Частота рецидивів інфекції в жінок вища, ніж у чоловіків, а клінічні прояви мають відмінності. Зокрема в чоловіків перебіг клінічного рецидиву триваліший і характеризується численнішими вогнищами ураження.

Окрім типових клінічних проявів рецидиву генітального герпесу, виділяють також атипів форми, зокрема набрякову, некротично-виразкову, сверблячу.

Залежно від частоти загострень і тривалості ремісій при рецидивному генітальному герпесі було запропоновано виділяти три ступені його тяжкості — легкий перебіг (рецидиви 1-3 рази на рік, ремісія не менш від 4 місяців), середньотяжкий (рецидиви 4-6 разів на рік, ремісія 2 місяці), тяжкий (рецидиви частіш ніж 6 разів на рік, ремісія не більш від 6 тижнів).

Генітальний герпес може спричинити різнопланові ускладнення, зокрема порушення репродуктивної функції, невиношування вагітності, внутрішньоутробне інфікування плода, й передаватися дитині під час пологів. У разі трансплацентарного інфікування в новонароджених можуть спостерігатися затримання росту, енцефаліт, хоріоретиніт. До того ж унаслідок хронічного рецидивного перебігу генітального герпесу у хворих можуть виникати суттєві психосоматичні розлади.

**Діагностика** простого герпесу нескладна й ґрунтується на наявності типових клінічних проявів свербіжжю, згрупованої везикульозної висипки, утворенні ерозій та кірок. Про рецидивний характер прояву свідчать:

- 1) схожі клінічні прояви в минулому;
- 2) виявлення високих титрів антитіл до ВПГ під час рецидиву;
- 3) ідентифікація антигену вірусу з вогнища клінічного прояву.

Умовою для встановлення діагнозу рецидивного герпесу є збіг типу ідентифікованого з вогнища ВПГ татипу ВПГ, до якого знайдено антитіла в сироватці крові хворого. Проте слід зазначити, що серодіагностика й ідентифікація антигену вірусу не є рутинними методами при діагностиці простого герпесу. Вони застосовуються лише в окремих випадках, коли існують значні сумніви щодо клінічного діагнозу простого герпесу. Окрім того, високі титри антитіл до ВПГ без наявності клінічних проявів (рецидивних епізодів) не є приводом для встановлення діагнозу простого герпесу.

**Диференційна діагностика.** Герпес простий у разі локалізації його на слизовій оболонці порожнини рота слід відрізнити від пухирчатки акантолітичної та еритеми ексудативної поліморфної. При пухирчатці ерозії розміщуються на незмінній на вигляд слизовій оболонці, вони не схильні до епітелізації, симптом Нікольського позитивний, у мазках-відбитках із поверхні ерозій знаходять акантолітичні клітини. Для еритеми ексудативної поліморфної, на відміну від герпесу, характерні сезонність захворювання (весна-осінь), значні розміри пухирів та ерозій на різко запаленому тлі, нашарованість кров'янистих кірок на червоній облямівці губ.

Клінічні прояви герпесу генітального в разі локалізації висипки на статевих органах треба диференціювати із сифілітичним твердим шанкром. Сифілітична ерозія відрізняється від герпетичної рівними краями, блюдцеподібною формою та твердим дном, безболісністю й своєрідним регіонарним лімфаденітом. У сумнівних випадках питання остаточно вирішується шляхом бактеріоскопічного дослідження маґеріалу з ерозій на збудник сифілісу - бліду трепонему.

**Лікування.** Складність проблеми терапії герпесу простого зумовлено відсутністю повного розуміння його патогенезу. Усі наявні нині методи й засоби лікування герпесу, як уже було сказано не дають змоги досягти повної елімінації збудників (ВПГ-1, ВПГ-2) з організму людини. Підходи до терапії герпесу простого визначаються клінічною картиною захворювання, тяжкістю перебігу, гостротою рецидивів, а також наявністю супровідної патології. Лікування хворих із герпетичною інфекцією має передбачати терапевтичні заходи на етапі первинного клінічного епізоду або клінічного рецидиву захворювання з метою

скорочення їхньої тривалості, а також на етапі ремісії, що має сприяти зменшенню частоти рецидивів. У комплексному лікуванні герпесу рецидивного рекомендовано застосування кількох груп лікарських засобів, дію яких спрямовано на різні ланки етіопатогенезу захворювання, зокрема противірусних препаратів, імунокоректорів, інтерферонів та інтерфероногенів, вакцин, біогенних стимуляторів, а також симптоматичних препаратів.

На сучасному етапі головну роль у противірусній терапії герпетичної інфекції відіграють препарати групи ациклічних нуклеозидів, спроможних порушувати процес взаємодії вірусу та клітини, зокрема вони гальмують репродукцію вірусу за рахунок віруліцидної та віростатичної дії. Вибір противірусних препаратів системного застосування досить обмежений.

У 70-х роках ХХ ст. було синтезовано препарат ацикловір, який випускається рядом зарубіжних і вітчизняних компаній під різними торговельними назвами - «Зовіракс», «Гевіран» та ін. Цей препарат є активним віростатиком стосовно ВПГ-1 та ВПГ-2. Ацикловір («Зовіракс», «Гевіран») призначають пацієнтам на етапі клінічного рецидиву простого герпесу по 400 мг 4-5 разів на добу перорально або по 800 мг двічі на добу протягом 5-10 днів. Вадодою ацикловіру є його низька біодоступність при пероральному застосуванні. У подальші десятиліття з'явилися інші протигерпетичні препарати системної дії, синтезовані на основі ацикловіру, зокрема валацикловір («Вальтрекс», «Валавір», «Вальтровір») і фамцикловір («Фамвір»). Ці препарати мають достатньо високу біодоступність, яка перевищує біодоступність ацикловіру.

Препарат валацикловір («Вальтрекс», «Валавір», «Вальтровір») призначають пацієнтам на етапі первинного клінічного епізоду простого герпесу, а також на етапі клінічного рецидиву захворювання по 500 мг перорально двічі на добу протягом 5-10 днів. Проведення відповідної системної протигерпетичної терапії сприяє прискоренню негативації клінічних проявів герпетичної інфекції та зниженню репродукції ВПГ.

Противірусним засобом системної дії при лікуванні простого герпесу є також препарат «Панавір». Противірусну дію препарату «Панавір» зумовлено інгібуванням синтезу вірусних білків. Препарат випускають у вигляді розчину (ампули по 5,0 мл для внутрішньовенного введення) та у вигляді супозиторіїв для ректального введення.

Складним завданням є запобігання рецидивам простого герпесу, особливо генітального. Із цією метою патогенетично обґрунтованим є проведення пролонгованої противірусної терапії, яка передбачає застосування ацикловіру («Зовіраксу», «Гевірану») по 800 мг перорально двічі на добу або валацикловіру

(«Вальтрексу», «Валавіру», «Вальтровіру») по 500 мг перорально один раз на добу протягом 3-6 місяців.

Стан вторинного імунодефіциту організму хворих на простий рецидивний герпес потребує імунокоригувальної терапії з огляду на індивідуальні порушення клітинного й гуморального імунітету та інтерферонового статусу. Наявні нині відповідні препарати імунокоригувальної дії залежно відосновного механізму їхнього фармакологічного впливу умовно поділяють на дві групи - засоби для специфічної імунотерапії (герпетична вакцина) й імуномодулятори (інтерферон та його індуктори).

Противірусну вакцину на основі маловірулентних штамів вірусу було вперше створено наприкінці 20-х років ХХ ст., а з 30-х років почалося застосування її в клінічній практиці. Нині існують суперечності в поглядах на специфічну імунотерапевтичну та клінічну ефективність противірусної вакцини. Вакциноterapia при простому рецидивному й генітальному рецидивному герпесі потребує індивідуального підходу та обґрунтування. Відповідні застороги зумовлено виявленням значного підвищення рівня антитіл до ВПГ в частини хворих у період клінічного загострення перебігу герпетичної інфекції. З огляду на сучасні уявлення про патогенез герпетичної інфекції певна імунна відповідь є небажаною у зв'язку з можливістю розвитку алергічних та системних аутоімунних захворювань, а також зростання тяжкості перебігу вірусного процесу. Разом із тим аналіз досвіду лікування простого рецидивного герпесу за допомогою різних модифікацій противірусної вакцини в різних країнах свідчить про перспективність специфічної вакцинотерапии як методу профілактики загострень герпетичної інфекції. Виявлення феномена інтерференції, який ґрунтується на перехресній активації вірусами продукції ендogenous інтерферону, слугувало підставою для розроблення ще одного напряму терапії герпетичної інфекції — стимуляції інтерферогенезу. Серед наявних синтетичних сполук індукторів ендogenous інтерферону, які застосовуються в комплексній терапії герпетичної інфекції, треба зазначити препарати аміксин, циклоферон, неовір, полудан, а серед природних сполук відповідної дії - ридостин, ларифан, гosiпол, кагоцел.

У комплексному лікуванні рецидивного простого герпесу рекомендовано застосовувати імуномодулятори – спленін, плазмол та ін., а також вітаміни групи В й аскорбінову кислоту.

При місцевій терапії простого герпесу призначають ацикловірумисні й пенцикловірумисні креми та мазі, зокрема «Феністил пенцивір», «Віролекс», «Зовіракс», «Ацикловір» та ряд інших. Противірусним засобом місцевої дії є

також крем «Вратизолін» (активна речовина денотівір). Відповідні препарати слід використовувати при виникненні перших клінічних симптомів рецидиву герпетичної інфекції шляхом змащування ділянок ураження від 3 до 5 разів на день.

**Профілактика.** Профілактичні заходи щодо первинного інфікування дітей ВПГ зводяться до уникнення контактів із дорослими, в яких наявні активні клінічні прояви інфекції. Дотримання принципів безпечної статевої поведінки (моногамність статевих відносин, користування бар'єрними захисними засобами) - єдиний запобіжний захід щодо зараження ВПГ статевим шляхом. Профілактика рецидивів полягає в запобіганні переохолодженню або надмірній інсоляції, а також у призначенні пролонгованої системної противірусної терапії.

**Прогноз.** Частота рецидивів залежить від статі хворого, тривалості первинного епізоду або давності захворювання. У жінок частота рецидивів дещо вища, ніж у чоловіків. Чим триваліший первинний клінічний епізод герпесу, тим коротший проміжок часу до виникнення першого рецидиву й тим більша частота наступних рецидивів. З'ясовано також, що чим менший вік людини при першому прояві герпесу, тим вища частота рецидивів цієї інфекції в майбутньому. Частота рецидивів із віком поступово зменшується. Слід також зазначити, що в більшості людей, інфікованих ВПГ, рецидиви взагалі не виникають. Це пояснюється належним станом імунної системи, яка блокує реплікацію вірусу в нервових гангліях та в епітеліоцитах.

## **ГЕРПЕС ОПЕРІЗУЮЧИЙ**

**Герпес оперізуючий** (*herpes zoster*), синінім: оперізуючий лишай — гостре інфекційне захворювання шкіри та слизових оболонок, спричинене нейротропним вірусом (*varicella zoster*), який також є збудником вітряної віспи в дітей. Характеризується виникненням однобічних згрупованих везикулярних висипань у межах одного-двох дерматом, супроводжується неврологічним болем.

**Етіологія та патогенез.** Підтвердженням ідентичності або близькості штамів вірусу оперізуючого герпесу й вітряної віспи є результати електронної мікроскопії та серологічних досліджень, а також клінічні випадки захворювання дітей на вітряну віспу після контакту з хворим на оперізуючий герпес і, навпаки, виникнення його в дорослих, які доглядали за дітьми, хворими на вітряну віспу.

Існує гіпотеза, що вірус оперізуючого герпесу не проникає безпосередньо в шкіру, а первинно фіксується й довічно залишається в латентному стані в нервових гангліях і задніх корінцях спинного мозку, звідки проникає периневральними й лімфатичними шляхами у шкірні покриви. Виникає

оперізуючий герпес переважно як самостійне захворювання в осіб зі зниженою імунологічною реактивністю, однак може бути й ускладненням інших захворювань - пневмонії, плевриту, злоякісних новоутворень, лімфолейкозу й наслідком інтоксикації наркотиками, вісмутом та ін. Сприятливими чинниками для виникнення оперізуючого герпесу є також переохолодження та мікротравми шкіри. Під впливом чинників, які послаблюють імунологічну реактивність організму, вірус активується та розмножується, що призводить до запалення гангліїв. Далі він проникає в сенсорні нерви, спричиняючи неврит і невралгію, поширюється довкола закінчень сенсорних нервів у шкіру та зумовлює утворення характерної висипки, яка розміщується вздовж одного з нервів. Рецидиви оперізуючого герпесу виникають дуже рідко, переважно на тлі значного пригнічення імунітету, зокрема у хворих на СНІД. Хворіють на оперізуючий герпес у будь-якому віці, але переважно уражаються люди похилого віку.

**Клініка.** Захворювання розпочинається раптово або йому передують загальне нездужання, головний біль, підвищення температури тіла, невралгія чи парестезія в ділянках, де потім з'явиться висипка. Найчастіша локалізація ураження - ділянка міжреберних нервів, звідки й походить назва «оперізуючий герпес», причому висипка локалізується завжди на одному боці тулуба (однобічна локалізація), рідко охоплюючи незначну ділянку на протилежному боці (за рахунок анастомозної іннервації). Друге за частотою місце локалізації ураження — ділянка трійчастого нерва. Ураження першої та третьої гілок трійчастого нерва зумовлює виникнення висипки на слизовій оболонці рота. Висипка з'являється нападopodobно: на гіперемійованій шкірі виникають скупчення пухирців із прозорим серозним умістом, що швидко мутніє та зсихається в серозні кірки. Висипка пухирців на кожній окремій плямі відбувається одночасно, але плями виникають послідовно із проміжком у кілька днів. Вогнища висипки можуть розміщуватися досить тісно, утворюючи майже суцільну лінію за ходом нервів. Після відпадання кірок залишаються бурувато-червоні плями, які поступово зникають. У типових випадках захворювання триває від двох до трьох тижнів. Висника супроводжується збільшенням та болючістю регіонарних лімфатичних вузлів. Суб'єктивно зазначають печіння та болючість за ходом ураженого нерва, особливо при локалізації висипки на обличчі й на слизовій оболонці порожнини рота.

Слизові оболонки при оперізуючому герпесі уражаються рідко, переважно водночас з ураженням шкіри певної ділянки. На тлі набряклої (однобічно) слизової оболонки рота виникають везикули, які швидко руйнуються,

утворюючи болючі ерозії, часто вкриті сіро-білим нальотом. Суб'єктивно в ділянках ураження зазначають печіння. Дуже рідко оперізвальний герпес може уражати слизову піхви й сечового міхура. За клінічною картиною, локалізацією та характером перебігу вирізняють такі форми оперізуючого герпесу:

*бульозна* - щільно згруповані везикули поступово зливаються й утворюють великі бульозні елементи, що супроводжується значною болючістю уражених ділянок;

*абортивна* - на тлі вогнищевої еритеми виникають окремі вузликіві елементи висипки, які регресують упродовж кількох діб;

*геморагічна* - вміст везикул стає геморагічним, а в процесі підсихання елементів висипки утворюються кров'янисті кірочки темного кольору;

*гангренозна (некротична)* темно-фіолетовий колір вогнища ураження та чорний колір кірочок свідчать про розвиток надалі гангренизації, яка може охопити всю ділянку ураження. Після відходження кірочок лишаються виразки, що загоюються з утворенням рубців;

*генералізована* - виникає переважно в людей похилого віку або в молодих осіб на тлі значного імунодефіциту; коли на 4-12-й день захворювання поряд з основним локальним вогнищем ураження з'являються одиничні або множинні елементи висипки з пупкоподібним вдавленням у центрі, які регресують упродовж 1-3 тижнів без суб'єктивних відчуттів і зникають безслідно;

*міжреберна двобічна форма*;

*очна форма* - при ураженні гілок трійчастого нерва; характеризується незначною набряккістю шкіри навколо ока, звуженням очної щілини, слезотечею, світлобоязню. У процес може залучатися очне яблуко, що супроводжується значними больовими відчуттями;

*вушна форма* – виникає везикулярна висипка на вушній раковині, а також неврит (параліч) лицевого нерва, порушення слуху та вестибулярні розлади.

Ускладнення оперізуючого герпесу - це параліч лицевого нерва, менінгіт, менінгоенцефаліт, арахноїдит, вестибулярні порушення, пневмонія, параліч діафрагми, параліч сечового міхура, парез нижніх кінцівок, мієліт із розладом функції тазових органів тощо.

**Діагностика.** Діагностика оперізуючого герпесу зазвичай ґрунтується на клінічних проявах. Ураховують наявність неврологічного больового синдрому, що передуює висипці та супроводжує її, однобічну локалізацію висипки, розміщеної за ходом відповідного нерва, герпетиформне згруповане розміщення везикул.

**Диференційна діагностика.** В окремих випадках оперізуючий герпес слід диференціювати з бульозною формою бешихи, алергічним дерматитом, іноді з імпетиго. Больовий синдром, що передуює появі висипки, може нагадувати ангінозний біль та біль при інфаркті міокарда, біль при кишковій непрохідності тощо.

**Лікування.** Важливе місце в противірусній терапії оперізуючого герпесу, як і простого герпесу, належить препаратам групи ациклічних нуклеозидів, які мають віруліцидну та віростатичну дію. Застосовують ацикловір («Зовіракс», «Віролекс» та ін.) по 800 мг перорально 4-5 разів на добу протягом 7-10 днів. З огляду на недостатню біодоступність ацикловіру та зростання рівня ацикловір-резистентних штамів збудника оперізуючого герпесу в лікуванні досить широко використовують препарат валацикловір («Вальтрекс», «Валавір», «Вальтровір») по 1000 мг перорально тричі на добу, протягом 7-10 днів, а також фамцикловір по 250 мг тричі на добу перорально протягом 7 днів.

Для комплексної терапії оперізуючого герпесу рекомендовано також препарат «Панавір», який належить до противірусних засобів системної дії (форма випуску-розчин в ампулах по 5,0 мл для внутрішньовенного введення, супозиторії для ректального введення).

Одночасно з противірусною терапією при оперізуючого герпесі застосовують імунотропні засоби, інтерферони та індуктори їх, зокрема реаферон, лаферай, ридостин, ларифан та ін. Призначають імуномодулятори — тималін, тимоген, Т-активін, а також вітаміни групи В й аскорбінову кислоту.

При тяжкому перебігові оперізуючого герпесу (геморагічна чи гангренозна форма) призначають системні кортикостероїди в середніх дозах (40-60 мг преднізолону на добу з поступовим зниженням дози). Місцево застосовують ацикловірумисні та пенцикловірумисні креми й мазі («Віролекс», «Зовіракс», «Вратизолін», «Феністил Пенцивір» та ін.). При гангренозній формі захворювання показано мазь «Солкосерил», а після відпадання кірок - аерозолі «Оксикорт» і «Полькортолон». Уражені ділянки шкіри змащують також фукорцином та 1-2% спиртовими розчинами анілінових барвників.

Виражені больові відчуття, які передують герпетичній висипці або супроводжують її, свідчать про можливість розвитку тривалих невралгій у майбутньому. При тривалій невралгії, яка зберігається після регресу висипки, призначають анальгетики - баралгін, спазмалгон тощо. Проводять іонофорез, зокрема іонофорез 2% розчину новокаїну на ділянку відповідних нервових вузлів та на ділянки поширення болю. Хворим на оперізуючий герпес слід уникати

переохолодження, фізичних навантажень і стресових ситуацій; із харчового раціону виключають шоколад, натуральну каву та обмежують споживання солі.

**Профілактика.** Первинна профілактика вітряної віспи (та далі оперізуючого герпесу) полягає в імунізації специфічною вакциною у дитячому віці. Пацієнтові з активними проявами оперізуючого герпесу слід уникати контакту з особами (в першу чергу з дітьми), які не хворіли на вітряну віспу. Якщо оперізуючий герпес діагностовано в госпіталізованого пацієнта, його треба негайно ізолювати з метою запобігати внутрішньолікарняній інфекції.

**Прогноз.** Оперізуючий герпес належить до захворювань, які мають схильність до рецидивів. У пацієнтів похилого віку, які не отримали належного лікування, може виникати стійкий больовий синдром, що призводить до погіршення якості життя. Рецидиви оперізуючого герпесу свідчать про суттєве порушення імунного стану, хворого в такому разі має бути ретельно обстежено на наявність злоякісних новоутворень та ВІЛ-інфекції.

## **КОНТАГІОЗНИЙ МОЛЮСК**

**Етіологія та патогенез.** Контагіозний моллюск (*molluscum contagiosum*) - вірусне захворювання шкіри, спричинене специфічним вірусом із родини *Poxviridae*. Інфекція передається при безпосередньому контакті або через побутові предмети, які були в користуванні хворих на контагіозний моллюск. Можливий також статевий шлях її передавання. Захворювання може виникати в осіб різного віку, але найчастіше хворіють діти. Інкубаційний період може тривати від двох тижнів до кількох місяців.

**Клініка.** Захворювання характеризується утворенням на шкірі щільних напівкруглих папул (вузликів) тілесного кольору з восковим відтінком величиною від просяного зерна до горошини. У центрі вузлика формується пупкоподібна заглибина, через яку при стисканні його з двох боків виділяється біла сирниста маса. Вузлики бувають одиничними або множинними, можуть зливатися, утворюючи конгломерати до 2-3 см у діаметрі. Характерна вибіркова локалізація ураження стінка, лобок, зовнішні статеві органи, промежина, стегна. Висипка може триматися місяцями. Суб'єктивних відчуттів немає.

Існують також атипові клінічні прояви контагіозного моллюска - бородавчастий, зроговілий, кістозний, фурункулоподібний, гігантський, солітарний (без центральної пупкоподібної заглибини), запальний (нагадує піогенну гранульому, існує схильність до кровотеч).

**Діагностика.** Установлення діагнозу не викликає труднощів і ґрунтується на клінічних ознаках.

**Диференційна діагностика.** Диференційну діагностику при контагіозному моллюскові проводять із бородавками, базаліомою, кератоакантомою.

**Лікування.** При незначній кількості елементів висипки після попереднього протирання спиртом вузлики видавлюють, захопивши пінцетом із двох боків, потім змащують спиртовим розчином йоду. Використовують також кріотерапію, кюретаж, застосовують крем «Ретин А». У разі диссмінованого процесу рекомендують антибіотики тетрациклінового ряду. Призначають також противірусні препарати місцевої дії, зокрема мазі «Герпевір», «Зовіракс», «Віролекс», «Вратизолію», «Феністил пенцивір» тощо.

## **БОРОДАВКИ**

**Етіологія.** Бородавки (*yerrucae*) -це доброякісні епідермальні новоутворення, спричинені вірусами папіломи людини (ВПЛ). Відомо понад 70 типів ВПЛ. Більшість із них викликають різні клінічні форми бородавок шкіри та слизових оболонок . Деякі із серотипів вірусу вважаються канцерогенними (ВПЛ-16, ВПЛ-18) і можуть спричиняти розвиток раку шийки матки та раку шкіри.

**Патогенез.** Інфікування відбувається при безпосередньому контакті з хворим або через різні побутові предмети. Для всіх форм бородавок незалежно від проявів зареєстровано сімейні випадки. Виникненню бородавок сприяють механічні травми, імуносупресія (в тому числі індукована радіо активним випромінюванням, цитостатиками, ВІЛ-інфекцією, загальними тяжкими захворюваннями та ін.). Реплікація ВПЛ відбувається в базальному шарі епідермісу. Бородавчасті розростання формуються в роговому шарі в локусах максимальної персистенції вірусу. Інфекційний процес обмежується шкірою та зовнішніми слизовими оболонками. Тривалість інкубаційного періоду вельми варіабельна - від одного тижня до року.

**Клініка.** Клінічні особливості бородавок залежать від різновиду їх. Вирізняють звичайні (вульгарні), підошовні та плоскі (юнацькі) бородавки, а також гострокінцеві бородавки (кондиломи).

**Звичайні (вульгарні) бородавки** - одна з найпоширеніших шкірних хвороб у дітей та підлітків. Із віком рівень захворюваності суттєво знижується. Звичайні бородавки клінічно проявляються гіперкератогічними папулами з дрібними сосочками на поверхні, що нагадують «цвітну капусту», з найчастішою локалізацією на кистях і ступнях, рідше на шкірі передпліч та ніг. Бородавки можуть розміщуватися як окремо, так і групами, нерідко навколо нігтьових пластинок.

**Підошовні бородавки можуть** бути одиничними, множинними або згрупованими (так звані «мозаїчні» бородавки). Підошовні бородавки мають плоску форму, типовою ознакою їх є потовщення шкіри. Якщо потовщену шкіру зрізати, виявляють числені чорні цяточки- затромбовані капіляри. Для підошовних бородавок характерна болючість.

**Плоскі бородавки** найчастіше локалізуються на обличчі й тильній поверхні кистей. Вони тілесного кольору, дуже дрібні, з плоскою поверхнею. Часто лінійно розташовані внаслідок інокуляції вірусу в місці випадкової подряпини.

**Диференційна діагностика.** Діагностика звичайних, плоских та підошовних бородавок клінічно нескладна. В окремих випадках вульгарні бородавки потребують диференційної діагностики з бородавчастим туберкульозом, а підошовні – з мозолями, для яких характерні виражений шкірний рисунок та неболючість.

**Лікування.** Для лікування звичайних і плоских бородавок застосовують аплікації топічних лікарських засобів, які містять саліцилову кислоту, формальдегід або нітрат срібла. Досить ефективним при терапії цих форм бородавок є препарат «Коломак» (10 мл розчину містять: 2,0г саліцилової кислоти, 0,5 г молочної кислоти, 0,2г полідоканолу). Кріотерапію рідким азотом призначають за умови відсутності ефекту від аплікацій топічних лікарських засобів. Оскільки процедура кріотерапій є досить болісною, її не слід застосовувати в дітей. Множинні бородавки потребують більш ніж однієї процедури кріотерапії рідким азотом з оптимальним інтервалом у два-три тижні. Терапія підошовних бородавок подібна до терапії при звичайних бородавках, проте перед застосуванням топічних лікарських засобів або кріотерапії поверхневий роговий шар треба видалити. Слід зазначити, що у зв'язку зі схильністю вірусу до персистенції можуть виникати рецидиви бородавок. Ефективних методів профілактики появи бородавок поки що не існує.

## **ГОСТРОКІНЦЕВІ КОНДИЛОМИ**

**Етіологія.** Більшість випадків ураження шкіри при гострокінцевих конділомах (*condhyломата acuminata*) спричинено вірусом папіломи людини (ВПЛ) типів 6 та 11.

**Патогенез.** Гострокінцеві конділоми належить до інфекцій, що передаються контактним шляхом, у тому числі й статевим (у разі розміщення на шкірі та слизових оболонках статевих органів гострокінцеві конділоми можуть називатися генітальними бородавяками). Інкубаційний період триває від двох до трьох місяців. Вірус потрапляє в епідерміс через незначні й непомітні механічні

пошкодження, інфікує клітини базального шару та провокує аномальну проліферацію їх.

**Клініка.** Клінічним проявом гострокінцевих кондилом є одиничні або множинні папули, які мають папілярну форму (вузьку ніжку) чи нагадують «цвітну капусту». Забарвлення папул варіює від тілесного (або кольору слизової оболонки) до темного різних відтінків у разі гіперпігментації. Гострокінцеві кондиломи мають м'яку консистенцію. Висипка локалізується на шкірі геніталій та періанальної ділянки. У разі інфікування епітеліоцитів слизових оболонок папули виникають на слизовій оболонці ротової порожнини, уретри, піхви, прямої кишки, каналу шийки матки.

**Діагностика й диференційна діагностика.** Гострокінцеві кондиломи діагностують за клінічними ознаками - наявністю тонкої ніжки та м'якої консистенції. Проте гістологічне дослідження (біопсія) може бути потрібним для проведення диференційної діагностики з бовеноїдним папульозом, морфоогічно подібним до плоскоклітинного раку. Генітальні бородавки слід диференціювати також із сифілітичними широкими кондиломами.

**Лікування.** Для лікування гострокінцевих кондилом застосовують кріотерапію рідким азотом, а також хірургічне видалення за допомогою електричного скальпеля або карбондіоксидного лазера. Останній метод застосовують, якщо гострокінцеві кондиломи розміщено в піхві та цервікальному каналі. Досить ефективними є також аплікації з 20-25% розчином подофіліну (для повного ефекту потрібні 2-4 повторні нанесення через певний проміжок часу). Разом із тим лікування подофіліном повинне здійснюватися під наглядом лікаря, оскільки препарат має виражену нейротоксичність у разі системної абсорбції. Ефективним застосування місцевих аплікацій із розчином препарату «Коломак» (основні діючі речовини — саліцилова кислота, молочна кислота, полідоканол).

У комплексній терапії папіломавірусної інфекції, в тому числі й гострокінцевих кондилом, рекомендовано застосування препарату «Панавір», який належить до противірусних засобів системної дії. Цей препарат є противірусним імуномодельовальним засобом (форми випуску розчин в ампулах по 5,0 мл для внутрішньовенного введення, супозиторії для ректального введення).

## Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Найчастіше на вірусні бородавки захворюють:
  - А. Новонароджені
  - Б. Діти
  - В. Літні люди
  - Г. Люди середнього віку
2. Такі ускладнення можуть бути виявлені після оперізуючого лишая:
  - А. Невралгічний біль
  - Б. Піогенна інфекція
  - В. Келоїдна формація
  - Г. Рубцювання
  - Д. Всі перелічені
3. Такі клінічні властивості характерні для вульгарних бородавок. Назвіть невірну відповідь:
  - А. Повільне зростання
  - Б. Регіонарна лімфаденопатія
  - В. Верукозна поверхня
  - Г. Локалізація на долонях
  - Д. Морфологічний елемент папула
4. Дисемінації оперізуючого лишая сприяє:
  - А. Системні кортикостероїди
  - Б. Імуно-супресивні ліки
  - В. Ходжкіна хвороба
  - Г. Імуно-супресивні стани
  - Д. Усе перелічене вірно
5. Гострі конділоми слід диференціювати з:
  - А. Раком шкіри
  - Б. Широкими конділомами
  - В. Туберкульозом шкіри
  - Г. Широкими конділомами і раком шкіри
  - Д. Широкими конділомами і туберкульозом шкіри
6. Який з даних препаратів відноситься до протівірусних?
  - А. Адвантан
  - Б. Ламізил
  - В. Офлокаїн
  - Г. Ацикловір
  - Д. Всі перераховані

7. Збудник оперізуючого лишая?
- А. *Human herpesvirus 7*
  - Б. *Herpes simplex virus-2*
  - В. *Epstein-Barr virus*
  - Г. *Varicella-zoster virus*
  - Д. *Human herpesvirus 8*
8. 10-річна дівчинка з чисельністю асимптомного плоскими, тілесного кольору папулами на обличчі, хворіє на протязі 3-х років:
- А. Себорейний кератоз
  - Б. Ліхен плоский
  - В. Бородавки плоскі
  - Г. Ніткоподібні бородавки
  - Д. Бородавки вульгарні
9. Гістопатологія оперізуючого лишая проявляється:
- А. Акантолітичні клітини
  - Б. Дермоепідермальне відшарування
  - В. Дегенерація базальних клітин
  - Г. Балонуюча дегенерація
10. У терапії герпетичної інфекції застосовують:
- А. Азитроміцин
  - Б. Ацикловір
  - В. Амікацин
  - Г. Амоксицилін
  - Д. Все перераховане вірно

Еталони відповідей: 1-Б, 2-Д, 3-Б, 4-Д, 5-Г, 6-Г, 7-Г, 8-В, 9-Г, 10-Б.

---

## **САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА**

**здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання**

**за темою практичного заняття**

- Оволодіти методикою обстеження хворого на вірусні хвороби шкіри
- Провести курацію хворого
- Провести диференціальну діагностику
- Скласти план лабораторного обстеження

- Інтерпретувати результати специфічного обстеження хворого на вірусні хвороби шкіри
- Розпізнати ускладнення захворювання
- Скласти план лікування хворого
- Визначити лікарську тактику в разі виникнення невідкладних станів
- Оформити медичну документацію за фактом встановлення діагнозу

### Список рекомендованої літератури

#### **БАЗОВА**

1. Галникіна С.О. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом.: підруч. - Т.: Укрмедкнига. - 2020 - 424 с.
2. Святенко Т.В., Свистунов І.В. Дерматологія. Венерологія. Dermatology. Venereology: атлас / Нова книга. 2020 - 424 с.
3. Святенко Т.В., Свистунов І.В. Дерматологія. Венерологія. Нова книга. 2021 - 656 с.
4. Степаненко В.І. Дерматологія і венерологія. Підручник / – К.: Медицина. – 2020. – 384 с.
5. Шегедин М.Б., Нужна Т.О. Дерматологія і венерологія. Підручник / – К.: Медицина. – 2010. – 504 с.
6. G. Gross. Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases. Springer Heidelberg Dordrecht London New York. 2011. 925 p.
7. J.A.A. Hunter, J.A. Savin. Clinical Dermatology. Blackwell Science Ltd. 2002. 365 p.
8. Z. Zaidi · Sean W. Lanigan. Dermatology in Clinical Practice. Springer-Verlag London Limited 2010. - 596 p.

#### **ДОПОМІЖНА**

1. Сизон О.О. Дерматологія, венерологія / За загальною редакцією О.О. Сизон. – Посібник для студентів, магістрів вищих навчальних закладів. – Львів: ТзОВ «ДрукЗахід», 2017. – 548с.
2. Сизон О.О. Дерматологія, венерологія в питаннях та відповідях / За загальною редакцією О.О. Сизон. – Посібник для студентів, магістрів вищих навчальних закладів. – Львів: ТзОВ «ДрукЗахід», 2017. – 180с.
3. S.Kang. Fitzpatrick's Dermatology, 9-th Edition, 2-Volume Set. MCGRAW-HILL Higher Education. 2019.
4. S.Kang. Fitzpatrick's Therapeutics: A Clinician's Guide to Dermatologic Treatment. Chee Leok Goh, et al. 2023.

5. L. BAUMANN. Cosmetic Dermatology. PRINCIPLES AND PRACTICE. SECOND EDITION. 2009. 366 p.

### ***ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ***

1. Сайт МОЗ України: <https://moz.gov.ua/>
2. Стандарти надання медичної допомоги в Україні <http://medstandart.net/>
3. Dermatology Atlas <http://www.atlasdermatologico.com.br/browse.jsf>
4. Danderm <http://www.danderm-pdv.is.kkh.dk/atlas/index.html>
5. DermIS <http://www.dermis.net/dermisroot/en/list/all/search.htm>
6. Dermatology Atlas - Skin Specialists Online <http://skinspecialistsonline.com/category/dermatology-atlas/>
7. On-line Atlas of Dermatology and Rheumatology <http://www.archrheumatol.net/atlas/index-page.html>

Офіційний сайт: <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments>

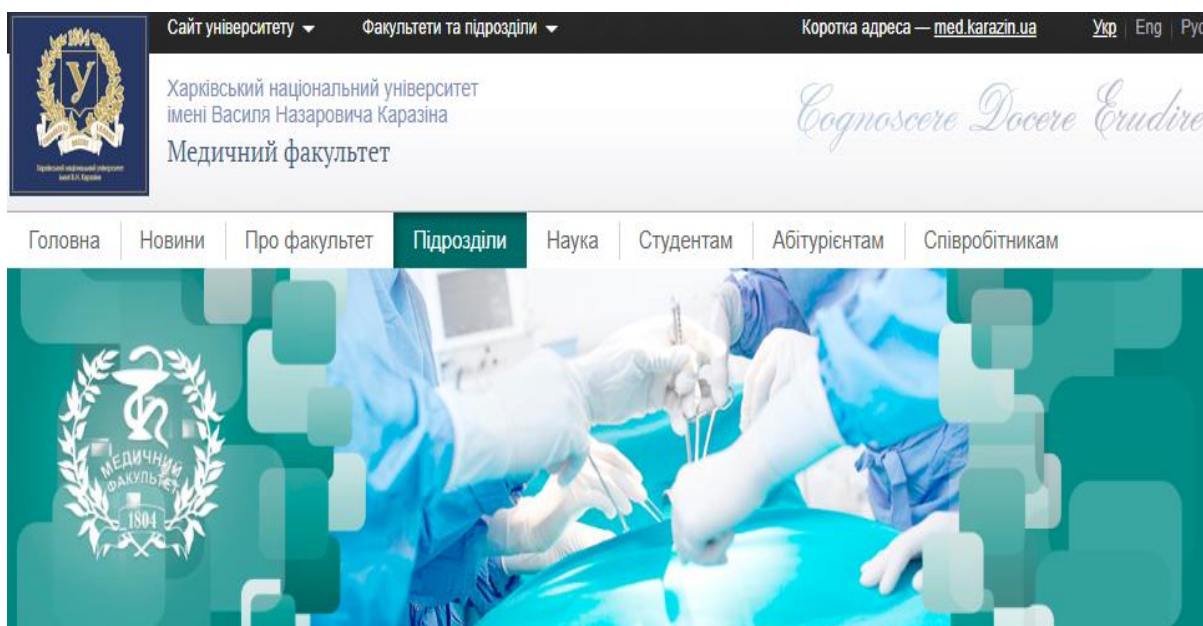


Медичний

Кафедри

### Інфекційних хвороб та клінічної імунології

<http://medicine.karazin.ua/departments/kafedra-zagalnoi-ta-klinichnoi-imunologii-ta-alergologii>



# ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ

## Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

<http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/>

# eKhNUIR

### Пошук у бібліотеці

[Розширений пошук](#)

[Пошук за темами](#)

→ [Головна сторінка](#)

### Перегляд

→ [Розділи](#)

→ [та колекції](#)

→ [За датою випуску](#)

→ [Автори](#)

→ [Назви](#)

→ [Теми](#)

→ [За датою надходження](#)

### Зареєстрованим:

→ [Отримувати оновлення по e-mail](#)

→ [Мій архів](#)  
зареєстрованим користувачам

→ [Редагувати профіль](#)

→ [Довідка](#)

→ [Про Dspace](#)

## eKhNUIR - Electronic Kharkiv National University Institutional Repository

Ласкаво просимо до Електронного архіву Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна!

Електронний архів Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна наповнюється наступними матеріалами: наукові публікації працівників та студентів Каразінського університету, статті з наукових журналів, монографії, дисертаційні матеріали, навчально-методичні розробки. Наукові публікації студентів розміщуються за умови наявності рецензії наукового керівника.

Репозитарій Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна має власний ISSN 2310-8665. Тим самим, репозитарій отримав статус повноцінного електронного видання (ресурсу, що постійно оновлюється), в якому можна публікувати результати досліджень як в першоджерелі, нарівні з друкованими періодичними виданнями.

### Пошук

Введіть ключові слова для пошуку ресурсів в архіві електронних ресурсів.

### Спільноти

Виберіть спільноту для перегляду її колекцій.

[Медичний факультет](#)

eKhNUIR >

### Медичний факультет : [1229]

Головна сторінка спільноти

У:

або

### Колекції цієї спільноти

- [Із історії харківської медичної школи](#) [281]
- [Кваліфікаційні випускні роботи здобувачів вищої освіти. Медичний факультет](#) [0]
- [Навчальні видання. Медичний факультет](#) [257]
- [Наукові видання. Медичний факультет](#) [62]
- [Наукові роботи. Медичний факультет](#) [524]
- [Наукові роботи студентів та аспірантів. Медичний факультет](#) [105]

[Перегляд статистики](#)

## Кафедра інфекційних хвороб та клінічної імунології Харківського Національного Університету імені В. Н. Каразіна

Новини, оголошення, корисна інформація для студентів

Як дістатися? Клінічна база кафедри знаходиться за адресою: вул. Цілиноградська, 50. Ви можете дістатися цього місця просто з центру міста, скористувавшись автобусом 245а (автобус здійснює посадку пасажирів просто біля метро "Держпром"), доїхати треба до зупинки "Цілиноградська", і далі, пройти приблизно 500 метрів. Ви на місці! Або скористатися метро, до зупинки "Олексіївська".



Електронне навчальне видання комбінованого використання  
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

**Лядова** Тетяна Іванівна  
**Волобуєва** Ольга Вікторівна  
**Дорош** Діана Миколаївна

## **ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ТА СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК**

Методичні рекомендації  
для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу з дисципліни  
«Дерматологія, венерологія»

*(Англ. мовою)*

В авторській редакції

Підписано до розміщення 16.05.2023. Гарнітура Times New Roman.  
Ум. друк. арк. 1,90. Обсяг 1,112 Мб. Зам. № 99/23.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009  
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна