УДК 615.5-617

СУЧАСНА МІСЦЕВА АНЕСТЕЗІЯ КОНТАГІОЗНОГО МОЛЮСКА

Шмелькова К.С., Кран О.С., Лисенко Л.С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Вірус контагіозного молюска; розмножується виключно у клітинах плоского епітелію шкіри, не проникає глибше та не спричиняє віремії. У людей інфекція поширюється через безпосередній контакт з інфікованою особою або контамінованою шкірою хворого, також під час сексуального контакту, або через забруднений одяг, рушники чи інші предмети. Часта аутоінокуляція прийводить поширення змін на інші ділянки шкіри та стійкий перебіг[2,4].

Інкубаційний період та період заразливості: 2–12 тижгей (навіть до 6 міс.), пацієнт інфікує протягом всього часу зберігання шкірних проявів. Первинний шкірний елемент – твердий, гладкий вузлик кольору шкіри або світліший, діаметром 1–5 мм, в осіб із порушенням імунітету >5 мм. На старших елементах висипань може візуалізуватися центральне, особливо при сильному боковому освітленні, характерне пупкоподібне заглиблення, іноді елемент висипань оточений депігментованим або гіперемованим обідком[2,8]. В імунокомпетентних осіб від 1 до 30 елементів висипання, у молоді та дорослих найчастіше на внутрішній поверхні стегон, зовнішніх статевих органах, в ділянці лобка та гіпогастрії. У молодших дітей на обличчі, повіках, тулубі та кінцівках, в осіб із порушенням імунітету можливі дифузні, генералізовані, дуже численні зміни (навіть кількасот елементів висипань).

Скарги відсутні, рідко дискомфорт у період регресування змін (при наявності вираженого супутнього запального процесу або екземи)[1,3,6].

В імунокомпетентних осіб хвороба зазвичай минає самостійно протягом 6-18 міс., винятково до 4 років. У фазі регресування можлива запальна реакція навколо елементу висипання (помірна еритема, подразнення) – вказує на активну відповідь клітинного імунітету (клінічна маніфестація реконвалесценції). Після загоєння можуть залишитися впадини, які з часом минають або залишають точкові рубці.

Може доходити до аутоінокуляції, вторинного бактеріального інфікування (особливо у випадку розчухування змін) та рубцювання. Діагноз встановлюється на основі клінічної картини. У сумнівних випадках мікроскопічне дослідження витиснутого з елементу висипання матеріалу або біоптату шкіри, забарвленого методом Райта або Гімза – наявність включень («молюскові тільця») у цитоплазмі [2].

Диференційний діагноз проводять з такими захворюваннями як: невус Шпіца, нашкірні епітеліоми (напр. базальноклітинні та ін.), звичайні бородавки та гострокінцеві кондиломи, міліуми, фолікулярний кератоз, блискучий ліхен, киста потової або сальної залози. Дисеміновані зміни у хворого з імунодефіцитом – дисемінована форма криптококозу або гістоплазмозу;

контагіозний молюск із запальною реакцією – бактеріальний дерматит (напр., фолікуліт, фурункул).

Цілеспрямовано призначати інвазівну терапію при неускладних фомах

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.

В обгрунтованих випадках молодь та молодих дорослих перевірте на наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Якщо лікований елемент висипань став чутливим, еритематозно зміненим, набряклим, покрився струпом або гнійним ексудатом, призначте антибіотик місцево, рідше п/о (вторинна бактеріальна інфекція). У випадку змін (особливо гігантських) на обличчі, шиї та шкірі волосистої частини голови у дорослого пацієнта або генералізованих змін показане дослідження на ВІЛ-інфекцію[2,7].

З метою знеболювання, особливо у дітей, необхідна термінальна анестезія. У недавньому минулому цей вид місцевої анестезії призначався лише для знеболювання хірургічних втручань на слизових оболонках і деяких діагностичних процедур.

Слизові оболонки не представляють серйозної перешкоди для молекул, тому після її зрошення препаратом ефект його розвивається досить швидко. Для проникнення через неушкоджену шкіру анестетик повинен бути водорозчинним, а для розвитку анестезії - жиророзчинним. Впровадження в клінічну практику крему ЕМЛА (еутектічна, тобто легкоплавка, суміш місцевих анестетиків), що представляє собою суміш в 1 г якої 25мг лідокаїну та 25мг прилокаїну у співвідношенні 1:1, розчинених в олійно-водяний емульсії, значно розширило можливості використання темінальної анестезії. Через 45-60 хв. після нанесення крему ЕМЛА на шкіру під компресний папір розвивається анестезія на глибину до 3-5 мм, триваліcтю 1-2 год, Анестезія виконується накладенням 1-2 г крему на кожні 10 $см^2$ шкіри. Максимальна площа накладення - 200 $см^2$ у дорослих і 100 $см^2$ у дітей з масою тіла менше 10 кг. Крем ЕМЛА не можна наносити на слизові оболонки, пошкоджену шкіру, а також використовувати у дітей до 1 місяця, проникність шкіри яких надзвичайно велика. До побічних ефектів належить розвиток еритеми, збліднення і набряку шкіри[5,10].

Місцева інфільтраційна анестезія за А.В. Вишневським досить широко використовується до теперішнього часу для знеболювання хірургічних втручань невеликого обсягу, також у випадку контагіозного молюска. Суть методу полягає в тому, що слабкий розчин новокаїну (0,25%), який вводиться у відносно великих обсягах, створює тугий «повзучий інфільтрат» у відповідних області операції фасціальних замкнутих просторах. При цьому розчин анестетика, що знаходиться під підвищеним гідростатичним тиском у момент введення його в тканини, поширюється на значному протязі, стикаючись з аксонами нервових

клітин, що забезпечують іннервацію зони оперативного втручання. Методика анестезії: підігрітий до температури тіла розчин новокаїну вводять внутрішньошкірно через тонку голку, утворюючи «лимонну корочку» на всьому протязі майбутнього розрізу шкіри[9,11].

Профілактика контагіозного молюска полягає в дотриманні правил особистої гігієни. Для попередження поширення інфекції необхідна ізоляція хворої дитини або дорослого з організованого колективу, проведення профілактичних оглядів дітей в дошкільних дитячих установах і школах, таких як щоденна зміна натільної і щотижнева зміна постільної білизни, користування тільки своїми особистими речами (мочалкою, рушником і т.д.), щоденний душ, особливо після відвідування басейну, сауни або статевого контакту.

Якщо в сім'ї є діти, які відвідують дитячий заклад - садок або ясла - то їх необхідно регулярно ретельно оглядати, а в разі підозр на наявність контагіозного молюска негайно показати лікарю. Зрозуміло, перша міра профілактики всіх передаються статевим шляхом захворювань - розбірливість у виборі статевих партнерів - в повній мірі відноситься і до захворювання на контагіозний молюск. До заходів профілактики контагіозного молюска можна віднести також раннє виявлення випадків захворювання на контагіозний молюск, своєчасне лікування хворих та їх статевих партнерів.

Література

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. – ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 896 с
2. Дифференциальная диагностика в дерматологии. Атлас / Эштон Р.; Леппард Б., Купер Х.; Пер с англ.; Под ред. В.В. Владимирова, В.В. Владимировой, Е.В. Владимировой. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 496с.
3. Дифференциальная диагностика в дерматологии. Бином. Шнайдерман П., Гроссман М.; Пер. с англ. 2017- 736 с.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Под ред. А. Д. Кацамбаса, Т. М. Лотти; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 736 с.
5. Интенсивная терапия и анестезия у детей / Update in Anaesthesia: Всемир. федерация анестезиологов (практическое руководство); под ред.: Э. В. Недашковского, Ю. С. Александровича, В. В. Кузькова. – Архангельск : СГМУ, 2017. – 466 с.
6. Клиническая дерматология. Аллергические дерматозы. Хэбиф Т. П. [и др.]; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 232 с.
7. Практические навыки в анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии: учеб. пособие / под ред. А. М. Овечкина. – М.: Практическая медицина, 2014. – 80 с.
8. Практические навыки в дерматовенерологии / под ред. Т.В. Соколовой. – МИА (Медицинское информационное агентство), 2016. – 176 с.
9. J. Lerman, C.J. Coté, D.J. Steward. Manual of pediatric anesthesia. 7th ed. Springer International Publishing AG Switzerland, 2016, 658p.
10. Jain. S. Sedation: A Primer for Pediatricians / S. Jain// Pediatr Ann. – 2018. – Vol. 47(6):e254-e258. doi: 10.3928/19382359-20180522-04
11. K. Allman, I. Wilson, A. O'Donnell. Oxford handbook of anesthesia. 4 ed. Oxford University Press, 2016, 1266 p.