

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ КОНТАГИОЗНЫМ МОЛЛЮСКОМ**

**Москва - 2015**

**Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Контагиозный моллюск»:**

1. Рахматулина Маргарита Рафиковна – заместитель директора ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России по научно-клинической работе, доктор медицинских наук, г. Москва.
2. Чикин Вадим Викторович – старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Москва
3. Зиганшин Олег Раисович – заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», профессор, доктор медицинских наук, г. Челябинск.
4. Ковалев Юрий Николаевич – профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Челябинск
5. Лысенко Ольга Васильевна – профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Челябинск
6. Кудревич Юлия Валерьевна – доцент кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Челябинск
7. Летяева Ольга Ивановна – ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Челябинск

## МЕТОДОЛОГИЯ

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

### Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

Консенсус экспертов.

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
<b>C</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

**Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

**Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Метод валидации рекомендаций:**

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

**Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

**Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

**Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

**Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

.

## КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10  
B08.1**

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Контагиозный моллюск – доброкачественное вирусное заболевание кожи, которое характеризуется появлением на коже, реже – на слизистых оболочках полушаровидных узелков величиной от булавочной головки до горошины с центральным пупковидным углублением.

### ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболевание вызывается ортопоксвирусом, который относится к семейству *Poxviridae*, подсемейству *Chordopoxviridae*, роду *Molluscipoxvirus*. Существует 4 типа вируса контагиозного моллюска: MCV-1, MCV-2, MCV-3, MCV-4. Наиболее распространённым является тип MCV-1; тип MCV-2, как правило, выявляется у взрослых лиц и передается половым путем. Ортопоксвирус относится к ДНК-содержащим вирусам, не культивируется в тканях куриного эмбриона и не патогенен для лабораторных животных. Заболевание встречается повсеместно и поражает человека в любом возрасте.

Инфицирование происходит при непосредственном контакте с больным или вирусоносителем, либо опосредованно – через предметы личного и домашнего обихода. Инкубационный период заболевания варьирует от 1 недели до нескольких месяцев, в среднем составляя от 2 до 7 недель.

Заболевание чаще выявляется у детей в возрасте от 1 года до 4 лет. У детей более старшего возраста инфицирование, как правило, происходит при посещении плавательного бассейна или занятиях контактными видами спорта. Чаще болеют дети, страдающие экземой или атопическим дерматитом, получающие лечение глюкокортикостероидными средствами.

У лиц молодого возраста инфицирование контагиозным моллюском часто происходит половым путем.

У лиц среднего и пожилого возраста провоцирующим фактором развития заболевания может быть длительный прием глюкокортикостероидных препаратов и цитостатиков.

У ВИЧ-инфицированных пациентов вследствие иммунодефицитного состояния организма наблюдается повышенная склонность к появлению контагиозного моллюска, характеризующегося рецидивирующим течением.

Распространенность заболевания в различных странах составляет от 1,2% до 22% населения.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

Отсутствует.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Элементы контагиозного моллюска могут располагаться на любом участке кожного покрова.

У детей образования чаще локализуются на коже лица (чаще на веках и области лба), шее, верхней половине груди (особенно в области подмышечных впадин), верхних конечностях (тыл кистей); у взрослых – на коже нижней части живота, лобка, внутренней поверхности бедер, коже наружных половых органов, вокруг ануса. Поражение век может сопровождаться конъюнктивитом. У ВИЧ-инфицированных лиц очаги чаще всего локализуются на коже лица, шеи и туловища.

Элементы контагиозного моллюска представляют собой узелки размером 0,1–0,2 см полушаровидной или слегка уплощенной формы, плотные, безболезненные, цвета нормальной кожи или бледно-розового цвета, нередко с восковидным блеском, с пупковидным углублением в центре. Узелки быстро увеличиваются в размерах до 0,5–0,7 см, располагаются изолированно на неизменной коже, реже окружены слабо выраженным воспалительным ободком. При сдавлении узелков с боков из центрального отверстия выделяется белая, крошковатая (кашицеобразная) масса, состоящая из дегенеративных эпителиальных клеток с крупными протоплазматическими включениями. Количество элементов сыпи бывает разным: от 5–10 до нескольких десятков и более.

В подавляющем большинстве случаев высыпания не сопровождаются субъективными ощущениями и представляют для пациента лишь косметическую проблему. Обычно заболевание является самоограничивающимся и морфологические элементы даже без лечения могут исчезать самопроизвольно спустя несколько месяцев. Однако у детей наблюдается длительное течение контагиозного моллюска (от 6 месяцев до 5 лет), как результат аутоинокуляции возбудителя заболевания

К атипичным формам контагиозного моллюска относятся:

- гигантские моллюски (диаметром 3 см и более);
- ороговевающие моллюски;
- кистозные моллюски;
- изъязвленные моллюски;
- моллюски, напоминающие милиум, угри, бородавки;
- педикулярные моллюски (расположенные на тонкой ножке).

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагноз контагиозного моллюска основывается на данных клинической картины, однако в ряде случаев (атипичная клиническая картина) необходимо микроскопическое и/или патоморфологическое исследование биоптатов кожи.

Микроскопическое исследование содержимого узелков с окраской по Романовскому-Гимзе, Граму, Райту или Папаниколау позволяет выявить крупные кирпичной формы внутриклеточные включения вирусных тел [1].

При патоморфологическом исследовании наблюдаются пролиферативные и дегенеративные изменения клеток шиповатого слоя. Узелок, образованный за счет разрастания эпидермиса, разделен радиальными соединительнотканными перегородками на ряд грушеобразных долек. В верхних отделах долек клетки эпидермиса содержат крупные эозинофильные включения – моллюсковые тельца. Цитоплазма клеток шиповатого слоя вакуолизируется и гомогенизируется. Клетки базального слоя не поражаются. Воспалительные изменения в дерме незначительные или отсутствуют. При длительно существующих элементах в дерме может быть хронический гранулематозный инфильтрат.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Заболевание дифференцируют с *плоскими бородавками*, которые наблюдаются у подростков и молодых людей. Плоские бородавки обычно множественные, располагаются на лице и тыле кистей. Имеют вид мелких, округлых папул с гладкой поверхностью, цвета нормальной кожи.

*Вульгарные бородавки* чаще располагаются на тыле кистей, представляют собой плотную папулу с неровной, шероховатой или сосочковидной поверхностью, покрытой гиперкератотическими массами. Центральное западение и перламутровая окраска отсутствуют.

*Кератоакантомы* чаще наблюдаются у лиц в возрасте старше 50 лет на открытых участках кожи в виде одиночного образования полусферической формы нормального или бледно-красноватого цвета. В центре образований наблюдаются небольшие кратерообразные углубления, заполненные роговыми массами, которые легко удаляются и не сопровождаются кровотечением.

*Милиум* выявляется у новорожденных, детей грудного и раннего возраста; может исчезать спонтанно. Высыпания чаще локализуются в области щек, под глазами. Отмечаются единичные или множественные милиарные узелки, плотной консистенции, беловатого или беловато-желтого цвета.

*Угревая сыпь* возникает на фоне себореи, располагается на лице, спине и груди. Высыпания представлены воспалительными папулами конической или полушаровидной формы, мягкой консистенции, розового или синюшно-красного цвета.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Цели лечения:**

- регресс высыпаний;
- отсутствие рецидивов.

### **Общие замечания по терапии**

Основным направлением терапии является деструкция элементов контагиозного моллюска [2]. Учитывая возможность аутоинокуляции,

необходимо удаление всех элементов контагиозного моллюска, для чего перед проведением терапии следует провести осмотр всей поверхности кожного покрова больного, обращая внимание на складки кожи. Пациентам следует рекомендовать не брить участки кожи с высыпаниями, поскольку это может привести к аутоинокуляции.

### **Показания к госпитализации**

Отсутствуют

### **Методы деструкции**

1. *Кюретаж* – механическое удаление очагов поражения кюреткой (D) [3]. Процедура болезненна. После кюретажа возможно возникновение мелких, слегка западающих рубцов. Неудачи терапии методом кюретажа могут быть обусловлены большим количеством высыпаний и сопутствующей дерматологической патологией (атопическим дерматитом).
2. *Криотерапия* (С): на каждый элемент контагиозного моллюска воздействуют жидким азотом в течение 6–20 сек [4]. Если высыпания сохраняются, процедуру повторяют через неделю. Процедура криотерапии сопровождается болезненностью и образованием пузырей, после нее возможны нарушение пигментации кожи, формирование слабо выраженных рубцов.
3. *Эвисцерация* (вылушивание) проводится тонким пинцетом и рекомендуется для удаления свежих высыпаний. Данный метод позволяет получить материал для последующей патогистологической верификации диагноза [5, 6].
4. *Лазеротерапия*: элементов контагиозного моллюска СО<sub>2</sub> лазером или импульсным лазером на красителях с характеристиками: длина волны 585 нм, частота 0,5–1 Герц, размер пятна – 3–7 мм, плотность энергии 2–8 Дж/см<sup>2</sup>, длительность импульса – 250–450 мс (D) [7–12]. Если после процедуры лазеротерапии высыпания сохраняются, повторную деструкцию проводят через 2–3 недели.
5. *Электрокоагуляция* элементов контагиозного моллюска (D) [12].  
Для уменьшения боли и дискомфорта во время деструкции элементов контагиозного моллюска используется местная анестезия (D) [9].

После деструкции элементов контагиозного моллюска проводят обработку участков кожи, на которых они располагались, антисептиками: йод + [калия йодид + этанол], 5% спиртовой раствор (D) [13].

### **Особые ситуации**

У больных *атопическим дерматитом* высок риск формирования рубцов при большом количестве высыпаний, в связи с чем проведение кюретажа нежелательно [2]. Перед началом терапии контагиозного моллюска рекомендуется проведение лечения обострения atopического дерматита.

В случаях, когда высыпания контагиозного моллюска выявлены у *больных с нарушениями иммунитета*, необходимо избегать методов лечения, связанных с нарушением целостности кожных покровов, так как у этих пациентов высок риск развития инфекционных осложнений. Известны случаи регресса высыпаний контагиозного моллюска после начала антиретровирусной терапии [14].

При *беременности* разрешено использование всех методов деструкции (D) [12].

### **Требования к результатам лечения**

- разрешение высыпаний;
- полная клиническая ремиссия.

### **ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактические мероприятия включают: изоляцию больных детей из коллектива до полного выздоровления и соблюдение правил личной и общественной гигиены. На период лечения запрещается посещение плавательных бассейнов, спортивных залов, общественных бань.

К мерам профилактики контагиозного моллюска относятся также, проведение профилактических осмотров детей в дошкольных детских учреждениях и школах, раннее выявление случаев заболевания контагиозным моллюском, своевременное лечение больных и их половых партнеров.

Больной контагиозным моллюском до окончания лечения должен пользоваться только своими личными вещами и посудой, избегать половых и тесных физических контактов, не посещать бассейн или сауну.

У лиц молодого возраста контагиозный моллюск передается в первую очередь половым путем, в связи с чем рекомендуется обследование половых партнеров.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hanson D., Diven D.G. Molluscum contagiosum. *Dermatol Online J* – 2003; 9: 2.
2. Nguyen H.P., Tying S.K. An update on the clinical management of cutaneous molluscum contagiosum. *Skin Therapy Lett* 2014; 17 (2): 5–8.
3. Hanna D., Hatami A., Powell J. et al. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol* 2006; 23 (6): 574–579.
4. Al-Mutairi N., Al-Doukhi A., Al-Farag S. et al. Comparative study on the efficacy, safety, and acceptability of imiquimod 5% cream versus cryotherapy for molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol* 2010; 27 (4): 388–394.
5. Valentine C.L., Diven D.G. Treatment modalities for molluscum contagiosum. *Dermatol Ther* 2000;13: 285–289.
6. Epstein W.L. Molluscum contagiosum. *Semin Dermatol* 1992;11: 184–189.
7. Chatproedprai S., Suwannakarn K., Wananukul S. et al. Efficacy of pulsed dye laser (585 nm) in the treatment of molluscum contagiosum subtype 1. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007; 38 (5): 849–854.
8. Nehal K.S., Sarnoff D.S., Gotkin R.H. et al. Pulsed dye laser treatment of molluscum contagiosum in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Dermatol Surg.* 1998; 24 (5): 533–535.
9. Binder B., Weger W., Komericki P., Kopera D. Treatment of molluscum contagiosum with a pulsed dye laser: Pilot study with 19 children. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008; 6 (2): 121–125.
10. Hughes PS. Treatment of molluscum contagiosum with the 585-nm pulsed dye laser. *Dermatol Surg.* 1998; 24 (2): 229–230.
11. Michel J.L. Treatment of molluscum contagiosum with 585 nm collagen remodeling pulsed dye laser. *Eur J Dermatol* 2004; 14 (2): 103–106.
12. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Под ред. Кацамбаса А.Д., Лотти Т.М. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С.736.
13. Вирусные дерматозы. В кн.: Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В 2 томах. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н.Мордовцева. М.: Медицина, 1999. – Т.1. – С.443–465.
14. Calista D., Boschini A., Landi G. Resolution of disseminated molluscum contagiosum with Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) in patients with AIDS. *Eur J Dermatol.* 1999; 9 (3): 211–213.