

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

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

Москва - 2013

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

1. 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
2. Ковалев Юрий Николаевич – профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Челябинск
3. Лысенко Ольга Васильевна - профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Челябинск
4. Кудревич Юлия Валерьевна - доцент кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Челябинск
5. Летяева Ольга Ивановна - ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Челябинск
6. Вандышева Мария Александровна - ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Минздрава России, 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 |
|----------|--|
| A | 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 | 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+ |
| C | 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++ |
| D | 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 (МСV-1, МСV-2, МСV-3, МСV-4). Из них наиболее распространён МСV-1, а МСV-2 обычно выявляется у взрослых и часто передается половым путем. Этот вирус относится к ДНК-содержащим вирусам, не культивируется в тканях куриного эмбриона, не патогенен для лабораторных животных. Заболевание встречается повсеместно и поражает человека в любом возрасте.

Инфекция передается при непосредственном контакте с больным или вирусоносителем, либо опосредованно – через загрязненные предметы личного и домашнего обихода. Инкубационный период заболевания составляет от 1 недели до нескольких месяцев, в среднем – 2-7 недель. Чаще болеют дети в возрасте от 1 года до 4 лет. Заболевание выявляется и у детей более старшего возраста (10-12 лет), что связано с посещением плавательного бассейна или занятиями контактными видами спорта. Кроме того, чаще болеют дети, страдающие экземой или атопическим дерматитом, получающие лечение глюкокортикостероидными мазями.

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

У лиц среднего и пожилого возраста провоцирующими факторами заболевания может быть длительный прием глюкокортикостероидных препаратов и цитостатиков.

У ВИЧ-инфицированных пациентов в результате иммунодефицитного состояния организма развивается повышенная склонность к появлению контагиозного моллюска, резистентного к традиционным методам лечения.

Официальные данные оценивают заболеваемость контагиозным моллюском от 1,2 до 22% населения во всем мире. Распространенность заболевания у ВИЧ-инфицированных лиц варьирует от 5 до 18%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Отсутствует.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Элементы контагиозного моллюска могут располагаться на любом участке кожного покрова, включая кожу волосистой части головы, подошв, слизистую оболочку полости рта.

У детей образования чаще локализируются 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. В редких случаях поражаются слизистые оболочки. Поражение век может сопровождаться конъюнктивитом. У ВИЧ-инфицированных лиц очаги чаще всего локализируются на коже лица, шеи и туловища.

Элементы контагиозного моллюска представляют собой узелки (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 становятся крупными (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 - моллюсковых телец. 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 самопроизвольно исчезают спустя несколько месяцев. Однако у детей встречается затяжное течение контагиозного моллюска (от 6 месяцев до 5 лет) как результат аутоинокуляции возбудителя из имеющихся морфологических элементов.

Выделяют атипичные формы контагиозного моллюска:

- гигантские моллюски (диаметром 3см 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. 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 мужчин 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 располагаются 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. Сыпь представлена воспалительными папулами конической или полушаровидной формы, мягкой консистенции, розового или синюшно-красного цвета.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- регресс высыпаний;
- отсутствие рецидивов.

Общие замечания по терапии

Лечение проводится индивидуально, очаги со временем разрешаются самостоятельно. Вследствие излишнего лечения могут образоваться рубцы.

Аутоинокуляция вокруг глаз типична, особенно у детей. Эти очаги следует оставить без лечения до спонтанного разрешения. Для того чтобы свести к минимуму передачу инфекции, необходимо избегать контакта «кожа с кожей». В зависимости от локализации очагов пациенту следует рекомендовать не брить участки с очагами, поскольку это также может привести к аутоинокуляции.

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

Схемы лечения

1. Деструкция папулезных элементов с помощью пинцета, криодеструкции, электрокоагуляции, радиоволновой хирургии, СО₂-лазера (А) [1-3]. Существует риск образования рубцов, поэтому следует соблюдать осторожность, особенно на лице.
2. Смазывание элементов раствором нитрата серебра, ридоксоловой (0,25%, 0,5%, 1%) и оксолиновой (1%, 2%, 3%) мазями (В) [4].
3. Подофиллотоксин, крем 0,5% (В) 2 раза в сутки в течение 3 дней с 4-дневным интервалом [5]. Курсовое лечение продолжают до исчезновения клинических проявлений, но не более 4-5 курсов.
4. Имихимод, крем (D) наносится тонким слоем на пораженные участки кожи на 6-8 часов 3 раза в неделю (через день), затем крем необходимо смыть с кожи теплой водой с мылом [6-8]. Курс лечения длится до полного исчезновения элементов, но не более 16 недель.

Особые ситуации

По мнению большинства дерматологов и гинекологов, контагиозный моллюск у беременных безвреден для плода и самого течения беременности. Удаляют элементы после родов или завершения периода лактации. Контагиозный моллюск при беременности можно лечить, смазывая пораженные участки оксолиновой мазью, спиртовой настойкой, водным препаратом календулы, йодом. Разрешено использование немедикаментозных методов терапии – механическая деструкция элементов с помощью пинцета, криодеструкция, электрокоагуляция (А) [1].

Показания к госпитализации

Отсутствуют.

Требования к результатам лечения

1. Разрешение высыпаний.
2. 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.

Список литературы

1. Кацамба А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С.736.
2. Omi T. Recalcitrant molluscum contagiosum successfully treated with the pulsed dye laser/ T.Omi , S.Kawana // Laser Ther. 2013;22(1):51-4.
3. Cohen P.R. Plantar molluscum contagiosum: a case report of molluscum contagiosum occurring on the sole of the foot and a review of the world literature/
4. P.R. Cohen , J.A.Tschen // Cutis. 2012 Jul;90(1):35-41.
5. Новиков А.И. Вирусные заболевания кожи. Иллюстрированное руководство. – М.: Медицинская книга, 2006. – 268с.: ил.
6. Markos A.R. The successful treatment of molluscum contagiosum with podophyllotoxin (0.5%) self-application / F.R. Markos // Int J STD AIDS. 2010 Dec;12(12):833
7. Katz K.A. Imiquimod, molluscum, and the need for a better “best pharmaceuticals for children”/ K.A. Katz, G.L. Swetman // Act. Pediatrics. 2013 Jul;132(1):1-3.
8. Gamble R.G. Imiquimod vs cryotherapy for molluscum contagiosum: a randomized controlled trial / R.G. Gamble , K.F. Echols , R.P. Dellavalle // Arch Dermatol. 2012 Jan;148(1):109-12.
9. Seo S.H. An open, randomized, comparative clinical and histological study of imiquimod 5% cream versus 10% potassium hydroxide solution in the treatment of molluscum contagiosum/ S.H. Seo , H.W. Chin , D.W. Jeong , H.W. Sung // Ann Dermatol. 2010 May;22(2):156-62.