

# Контагіозний моллюск: сучасний стан проблеми

Кравченко В. Г.

Медико-консультативний центр «Медіпол», Полтава

Коротко узагальнено питання епідеміології, клініки, лікування та профілактики моллюскових інфекції на сучасному етапі. Підкреслюється роль імунологічної реактивності у виникненні та розвитку захворювання. Розробка головного напрямку в терапії інфекції повинна йти двома шляхами: пошуку оптимальних імуномодуляторів і розробки ефективного місцевого, кращого й прийняттого для пацієнта засобу знищення вірусу. Рекомендується застосування антисептичного препарату Цидіпол у комбінації з оксидом цинку (у пропорції 1:0.8-1:1) після деструкції патологічних елементів, засноване на доведених антивірусних і антибактеріальних властивостях Цидіполу.

**Ключові слова:** контагіозний моллюск, епідеміологія, клініка, діагностика, лікування, Цидіпол.

Контагіозний моллюск (син.: *Molluscum contagiosum*, заразливий моллюск, епітеліальний моллюск, контагіозна епітеліома) – це антропонозно-вірусна інфекція епідермісу з доброякісним перебігом, яка зустрічається відносно рідко, частіше – у регіонах з жарким і вологим кліматом. Розповсюдженість контагіозного моллюска у світі висвітлена в доступних нам медичних часописах мало. За приблизними даними, захворюваність коливається від 1,2 % до 22 % у популяції [27]. Існують відомості про збільшення реєстрації хворих, наприклад, в США за 17 років (1966-1983) в 11 разів, а у Великій Британії за 10 років (1970-1980) – у 4. При ВІЛ/СНІД'і контагіозний моллюск реєструється у 8-15 % хворих [19, 20, 25]. За свідченнями вітчизняних дослідників [19, 31], які протягом багатьох років переймаються зазначеною патологією, динаміка захворюваності на контагіозний моллюск має неспростовну тенденцію до значного зростання: за 15 років (1994-2009) число хворих у кримському регіоні збільшилось у 5 разів. Виходячи із цих даних, слід рішуче покращити облік даного дерматозу і проаналізувати справжню захворюваність у реальному часі, запровадивши, принаймні на відомчому рівні, реєстрацію хворих на контагіозний моллюск по країні у цілому. Адже, мова може йти про реальне посилення цієї патології, пов'язаної, зокрема, з клімато-географічними умовами, а також чинниками нинішнього екологічного стану, провокуючого зниження загальної імунологічної реактивності у населення у цілому.

Захворювання викликається ортопоксвірусом, що відноситься до сімейства *Poxviridae*, підсімейства *Chordopoxviridae*, роду

*Molluscuscipoxvirus*. Контагіозного моллюска вперше описав *Bateman* у 1814 р. [25], а вірусна його приналежність визначена *Juliusberger* у 1905 р. [19]. Нині відомі 4 типи цього вірусу: *MCV-1*, *MCV-2*, *MCV-3* і *MCV-4*, – серед яких найбільш розповсюдженим вважається тип *MCV-1*, що зустрічається переважно у дітей [3, 6, 27]; тип *MCV-2*, як правило, виявляється у дорослих і передається частіше статевим шляхом [6]. Вірус антропонозний, уражає людину будь-якого віку, проте хворіють найчастіше діти у віці від 1 до 4 років; у дитячих колективах інколи виникають епідемічні спалахи цієї інфекції внаслідок зараження при користуванні спільними рушниками, ванною, губками тощо. Вважається, що діти до одного року хворіють рідко, вірогідно із-за передаваного матір'ю імунітету через грудне молоко, хоча відомі спостереження 8 хворих дітей віком до одного року [19]. Тривалість інкубаційного періоду коливається від двох тижнів до декількох місяців (у середньому ½ - 1½ місяця). За умови достатнього імунітету, патологічні елементи тримаються не більше 6 місяців і спонтанно регресують [6], але можливе існування у дітей хвороби тривалістю від 6 місяців до 5 років внаслідок перманентної аутоінокуляції збудника і ослаблення імунітету [23, 26, 27]. З цих позицій, рекомендації не лікувати хворих, очікуючи самовилікування, не є виправданими [28]. Особливо це стосується дітей – відвідувачів дитячих закладів і дорослих – працівників таких закладів. Сприяють зараженню порушення цілісності епідермісу; існують повідомлення про зараження контагіозним моллюском при татуванні [7]. У дітей провокуючим чинником захворювання може бути ато-

пічний дерматит, а у осіб середнього і похилого віку – тривале користування глюкокортикоїдними гормонами і цитостатиками [26, 27]. У дорослих людей зараження молюском відбувається частіше статевим шляхом із локалізацією висипів на шкірі статевих органів і навколо-статевих ділянок [6, 27]. І хоча зараження контагіозним молюском пов'язують із сексуальними контактами, відносити його до істинних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, з нашого погляду, не зовсім коректно.

Хвороба протікає зазвичай суб'єктивно – безсимптомно, але інколи супроводжується незначним свербіжем. Висипи проявляються папулами блідо-рожевого кольору або кольору нормальної шкіри. Інколи зустрічаються елементи перлинно-білого кольору, дещо блискучі при боковому освітленні. Папули – сферичні або напівсферичні, круглої форми, діаметром 1-3 мм; у дорослих спостерігаються більш крупні, у вигляді солітарних вузлів до 5-10 мм у діаметрі. У центрі елементів проглядається пупкоподібне заглиблення, яке найкраще помітне при легкому заморожуванні рідким азотом [6]. При надавлюванні на папули пінцетом, з боків виділяється кашкоподібна маса сірувато-білого кольору. Найбільш часта локалізація висипки – шкіра тилу кистей, шиї, обличчя, верхньої половини грудей, внутрішніх поверхонь стегон, статевих органів. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів заразливий молюск проявляється чисельними дрібними або ізольованими гігантськими елементами в області обличчя [6].

Діагностика контагіозного молюска ґрунтується, головним чином, на типовій клінічній картині захворювання і, зазвичай, не представляє труднощів. При атиповому перебігу хвороби виділяють, зокрема, [3]:

- солітарну форму, при якій часто відсутнє центральне западіння;
- ендодітно розвинений молюск (солітарний або множинний), який розташовується переважно на підошвах і пальцях, як поверхнева індурація або індурація із западінням в центрі;
- екзофітний контагіозний молюск, так званий «гігантський», який діагностується легко при наявності навколо нього типових молюско-вих елементів;
- контагіозний молюск на ніжці (*pediculatum*);
- запально-змінений (піогенно-гранульомо-подібний) тип.

До атипових форм контагіозного молюска відносять також кістозні молюски або подібні

до плоских бородавок, міліум, кератоакантом, гострокінечних кондилом т. і. [19, 27]. Нетипові форми контагіозного молюска зустрічаються приблизно у 10 % пацієнтів [19]. У сумнівних випадках або при нечітких клінічних ознаках дерматозу потребується диференційна діагностика із застосуванням додаткових, мікроскопічних і /або патогістологічних досліджень ураженого субстрату шкіри. Важливими і доступними сьогодні є діагностичні методи імуноферментного аналізу та полімеразно-ланцюгової реакції [20, 22, 23]. Мікроскопія вмісту елементів проводиться забарвленням за методами Грама, Гімзе–Романовського, Папаніколау або Райта, при яких виявляються внутрішньоклітинно розташовані вірусні тільця [6, 10]. При патогістологічному дослідженні визначається обмежена проліферація і дегенерація шипоподібного шару епідермісу, поділена вузькими радіарними сполучнотканними прошарками на окремі дольки. Клітини втрачають свою структуру, гомогенізуються і вакуолізуються, у них з'являються базофільні зернятка і еозинофільні гіалінові утворення, що сильно відзеркалюють світло – це так звані «молюскові тільця» [4, 6, 29, 30].

На сучасному етапі специфічного лікування контагіозного молюска не існує. З метою системного лікування контагіозного молюска були спроби застосування гризеофульвіну [12], іносіплексу [8], але вони не знайшли широкого визнання. Головним способом терапії на сьогодні залишається деструкція контагіозного молюска *in loco*. Вибір методики передбачає, насамперед, врахування:

- віку пацієнта;
- розповсюдженості елементів (поодинокість або дисемінація);
- супутньої патології тощо.

Видалення патологічних елементів можливе шляхом кюретажу – механічного вишкребання кюреткою, гострою ложечкою Фолькмана [9]; але існує застереження, що даний метод є небажаним у хворих на атопічний дерматит у зв'язку із високим ризиком формування рубців при великій кількості висипів [15]. З метою запобігання утворення рубців, запропоновано метод [16], який полягає в мінімальній інцизії контагіозного молюска і видаленні його вмісту комедо-екстрактором. Спосіб евісцерації (вилушування) тонким пінцетом вважається прийнятним для видалення свіжих елементів, при якому, крім того, можна отримати матеріал для патогістологічної верифікації діагнозу у сумнівних

випадках [5, 18, 27]. Практикується видалення за допомогою діатермокоагуляції або кріотерапії. При кріотерапії на кожний елемент контагіозного моллюска діють рідким азотом упродовж 6-20 с. [1, 5]. Якщо елементи зберігаються, процедуру повторюють через тиждень. Існують відомості про успішний досвід лікування контагіозного моллюска методом дії на інфекційний афект кріотерапії снігом вуглекислоти у поєднанні з імуномодулюючими засобами – протейфлазид, віферон, циклоферон [19]. Використовується лазеротерапія елементів заразливого моллюска  $CO_2$  лазером або імпульсним лазером на барвниках з характеристиками [4, 11, 13, 14]:

- довжина хвилі – 585 нм;
- частота – 0,5-1 герц;
- розмір плями – 3–7 мм;
- щільність енергії – 2-8 дж/см<sup>2</sup>;
- тривалість імпульсу – 250-450 мс.

Якщо після процедури елементи зберігаються, повторну деструкцію проводять через 2-3 тижні. Застосування методів деструкції супроводжується болючістю і дискомфортом, для зменшення яких потребується місцева анестезія [2, 19]. З цієї причини методи механічної чи іншої коагуляційної деструкції, з нашого погляду, напевно чи можна вважати прийнятними у маленьких дітей, особливо при дисемінованих висипах, бо не можна не враховувати фактора потужного стресу від самих процедур для такої категорії пацієнтів. Альтернативними є методи [17]:

- змащування елементів органічними кислотами (наприклад, «*Bazuka-gel*», який є комбінацією саліцилової і молочної кислоти);
- проколювання контагіозного моллюска і припалювання за допомогою стерильної зубочистки фенолом.

Відомі також інші методи припалювання моллюска, наприклад [30, 31]:

- 10-відсотковим розчином ляпісу;
- Подофіліном;
- трихлороцтовою кислотою і т. п.

Останнім часом використовують закордонні засоби, зокрема:

- «крем Іміквомод» [19];
- «Алдара»;
- «Інфектодел»;
- «Моллюстин», –

але їх або зовсім не можна застосовувати у дітей, або тільки після 2-3 років; до того ж у нашій країні практика професійного застосування цих засобів майже не відома.

Усі деструктивні методи сприяють дисемі-

нації процесу, супроводжуються реактивним запаленням задіяних і суміжних ділянок шкіри [9, 27]. Після деструкції елементів проводиться обробка антисептиками [27, 30]:

- 5-відсотковим спиртовим розчином йоду;
- 1-відсотковим спиртовим розчином бриліантового зеленого, йод + (калію йодид+етанол) тощо.

Ми пропонуємо проводити обробку Циді-полом у поєднанні з оксидом цинку (у пропорції 1:0,8-1:1), що забезпечує не тільки швидке зменшення фокального і перифокального запалення, а й одночасну антибактерійну і противірусну дію [21, 24].

Для попередження розповсюдження моллюскової інфекції важливими є профілактичні заходи. Ми вважаємо, що, з врахуванням контагіозного характеру моллюскової інфекції, будь-яке позитивне завершення хвороби настає лише тоді, коли одночасно передбачені і здійснені протиепідемічні заходи. Необхідне обов'язкове систематичне обстеження дітей дошкільних дитячих закладів і шкіл з метою раннього виявлення хворих, їх ізоляцію від колективу, заборону на час лікування відвідування плавальних басейнів, спортивних залів і т. п. Хворий до видужання повинен користуватися тільки особистими речами і посудом. Необхідне обов'язкове обстеження батьків і членів сім'ї маленьких дітей, хворих на контагіозний моллюск, навіть коли діти не перебувають у тісному контакті з іншими дітьми (тобто діти «неорганізовані»). Дорослим пацієнтам з локалізацією висипів на статевих органах і навколостатевої зоні рекомендується запобігати статевих контактів до вилікування; важливим є обстеження їх партнерів.

У вітчизняній науковій літературі питанню заразливого моллюска, а особливо – патогенезу і терапії даної інфекції приділяється недостатньо уваги, хоча проблема існує, особливо в плані лікування. Існуюча нині терапія контагіозного моллюска обмежується, як правило, по суті симптоматичними локально-деструктивними методами, які важко адаптувати до індивідуальних особливостей пацієнтів (їх вік, розповсюдженість дерматозу тощо). Тому надзвичайно важливою задачею було б потенційне використання таких засобів, які, окрім безпосереднього руйнування збудника, могли б забезпечувати потужну патогенетичну, зокрема, імунотропну дію. Тобто, розвиток терапевтичної моделі при контагіозному моллюску нам бачиться перспективним у двох площинах:

- розроблення достатньо ефективних і щадливих локальних засобів знищення контагіозного моллюска – вірусу, максимально прийнятних

для пацієнта і лікаря;

- розроблення специфічних імунних препаратів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Comparative study on the efficacy, safety, and acceptability of imiquimod 5% cream versus cryotherapy for molluscum contagiosum in children* / N. Al-Mutairi, A. Al-Doukhi, S. Al-Farag *et al.* // *Pediatr. Dermatolog.* – 2010. – Vol. 27, No 4. – P. 388–394.
2. *Treatment of molluscum contagiosum with a pulsed dye laser: Pilot study with 19 children* / B. Binder, W. Weger, P. Komericki, D. Kopera // *J. Deutschen Dermatol. Gesundh.* – 2008. – Bd. 6, Ht 2. – S. 121–125.
3. *Brauninger W.* Klinisches und histologisches Spektrum atypischer Molluska contagiosa / W. Brauninger, K. Bork // *Aktual. Dermatol.* – 1984. – Bd. 10, Ht 3. – S. 107-110.
4. *Efficacy of pulsed dye laser (585 nm) in the treatment of molluscum contagiosum subtype 1* / S. Chatproedprai, K. Suwannakarn, S. Wanankul *et al.* // *Southeast. Asian J. Trop. Med. Public Health.* – 2007. – Vol. 38, No 5. – P. 849–854.
5. *Epstein W. L.* Molluscum contagiosum / W. L. Epstein // *Semin. Dermatolog.* – 1992. – Vol. 11. – P. 184-189.
6. *Дерматология. Атлас-справочник* / Фитцпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др. – М.: Практика, 1999. – 1044 с.
7. *Foulds I.* Molluscum contagiosum: An unusual complication of tattooing / I. Foulds // *Brit. Med. J.* – 1982. – Vol. 6342. – P. 607-607.
8. *Gross G.* Systemic treatment of Mollusca contagiosa with inosiplex / G. Gross, Ch. Jogerst, E. Schopf // *Acta dermatovenerolog.* – 1986. – No 1. – P. 76-80.
9. *A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children* / D. Hanna, A. Hatami, J. Powell *et al.* // *Pediatr. Dermatol.* – 2006. – Vol. 23, No 6. – P. 574-579.
10. *Hanson D.* Molluscum contagiosum / D. Hanson, D. G. Diven // *Dermatol. Online J.* – 2003. – Vol. 9, No 2. – <http://dermatology.edlib.org/92/reviews/molluscum/diven.html>, 2003.
11. *Hughes P. S.* Treatment of molluscum contagiosum with the 585-nm pulsed dye laser / P. S. Hughes // *Dermatol. Surg.* – 1998. – Vol. 24, No 2. – P. 229-230.
12. *Kapur T. R.* Griseofulvin Therapy in Molluscum Contagiosum (A Case Report) / T. R. Kapur // *Indian J. Dermatol.Venerol.* – 1976. – Vol. 42, No 2. – P. 90-92.
13. *Michel J. L.* Treatment of molluscum contagiosum with 585 nm collagen remodeling pulsed dye laser / J. L. Michel // *Europ. J. Dermatol.* – 2004. – Vol. 14, No 2. – P. 103-106.
14. *Pulsed dye laser treatment of molluscum contagiosum in a patient with acquired immunodeficiency syndrome* / K. S. Nehal, D. S. Sarnoff, R. H. Gotkin *et al.* // *Dermatol. Surg.* – 1998. – Vol. 24, No 5. – P. 533–535.
15. *Nguyen H. P.* An update on the clinical management of cutaneous molluscum contagiosum / H. P. Nguyen, S. K. Tying // *Skin Therapy Lett.* – 2014. – Vol. 17, No 2. – P. 5–8.
16. *Resnik S. S.* A simplified surgical management of lesions of molluscum contagiosum / S. S. Resnik // *J. Dermatolog. Surg. Oncol.* – 1980. – Vol. 6, No 12. – P. 982-983.
17. *Stanka P.* Bemerkungen zur Begandlung des Molluscum contagiosum / P. Stanka // *Hautartz.* – 1977. – Bd. 28, Ht 4. – P. 208-209.
18. *Valentine C. L.* Treatment modalities for molluscum contagiosum / C. L. Valentine, D. G. Diven // *Dermatol. Therapy.* – 2000. – Vol. 13. – P. 285–289.
19. *Витенчук С. З.* Криотерапія снігом углекислоти як ефективний метод лічення больних контагіозним моллюском / С. З. Витенчук // *Український журнал дерм., вен., косм.* – 2011. – № 1 (40). – С. 56-59.
20. *Кондрахина И. Н.* Клинико-эпидемиологические особенности у детей, больнх контагіозним моллюском / И. Н. Кондрахина, А. А. Кубанова, А. В. Резайкина // *Вестн. дерм. вен.* – 2007. – № 2. – С. 25-27.
21. *Кравченко В. Г.* Антисептичний лікарський засіб з широким спектром фармакологічної дії. Державний патент України на винахід. – 2016. – № 112956. – 7 с.
22. *Кожные болезни* / Гл. ред. Кубанова А. А. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 178 с.
23. *Дерматовенерология (Клинические рекомендации)* / Кубанова А. А. и др.. – М., ДЕКС-Пресс. - 428 с.
24. *Лебедюк М. М.* Експериментальне дослід-

- дження і клінічна оцінка протівірусних властивостей Цидіполу / М. М. Лебедюк, В. Г. Кравченко, М. Е. Запольський // Матеріали доповідей науково-практичної конференції УАЛДВК, Тернопіль, 2016. – С. 71.
25. Мазитов А. П. Современные аспекты патогенеза и лечения контагиозного моллюска / А. П. Мазитов, Н. П. Кондрахина // Вестн. дерм. вен. – 2002. – № 5. – С. 12-13.
26. Молочков А. В. Случай генерализованного контагиозного моллюска на фоне длительного приема кетостероидов / А. В. Молочков, А. И. Ермилова // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2007. – № 2. – С. 52-54.
27. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных контагиозным моллюском / М. Р. Рахматулина, В. В. Чикин, О. Р. Зиганшин и др. – М., 2015. – 10 с.
28. Самцов А. В. Заразные дерматозы и венерические болезни / А. В. Самцов. – СПб. : Специальная литература, 1997. – 141 с.
29. Скрипкин Ю. К. Вирусные дерматозы / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев // Кожные и венерические болезни: Руковод. для врачей. - В 2-х т. - М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 443–465.
30. Студницин А. А. Справочник дерматовенеролога / А. А. Студницин, Н. М. Туранов. – М.: Медицина, 1964. – 130 с.
31. Шевела О. Г. П'ятирічний досвід кріотерапії захворювань та новоутворень шкіри снігом вуглекислоти (до сторіччя методу), Повідомлення 2 / О. Г. Шевела, С. З. Вітенчук // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2006. – № 1-2 (9). – С. 127-132.

## КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Кравченко В. Г.

Медико-консультативный центр «Медипол», Полтава

Кратко обобщены вопросы эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики моллюсковой инфекции на современном этапе. Подчеркивается роль иммунологической реактивности в возникновении и развитии заболевания. Разработка главного направления в терапии инфекции должна идти двумя путями: поиска оптимальных иммуномодуляторов и разработки эффективного местного, предпочтительного и приемлемого для пациента средства уничтожения вируса. Рекомендуется применение антисептического препарата Цидипол в комбинации с оксидом цинка (в пропорции 1:0.8–1:1) после деструкции патологических элементов, основанное на доказанных антивирусных и антибактериальных свойствах Цидипола.

**Ключевые слова:** контагиозный моллюск, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, Цидипол

## MOLLUSCUM CONTAGIOSUM: CURRENT STATE OF THE PROBLEM

Kravchenko V. G.

Health advisory center "Medipol", Poltava

The issues of epidemiology, clinic, treatment and prevention of *molluscum contagiosum* infections at the present stage are summarized briefly. The role of immunological reactivity in the origin and course of the disease is pointed out. The development of the main directions in the treatment of the infections suggests two ways: search for finding optimal immuno-modulators and development effective local means, preferred and acceptable for the patient. It is recommended to use antiseptic preparation Cidipol in combination with zinc oxide (in a ratio of 1:0.8 – 1:1) after the destruction of the pathological papules, based on proven antiviral and antibacterial properties of Cidipol.

**Keywords:** molluscum contagiosum, epidemiology, diagnostics, clinical features, treatment, Cidipol.

**Кравченко Владимир Григорьевич** – доктор медицинских наук, профессор, профессор-консультант медицинского центра «Медипол», Полтава.

[vladkrav@mail.ru](mailto:vladkrav@mail.ru)