

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ**

Клинический случай контагиозного моллюска

**Проф.Проценко Т.В., доц.Корчак И.В.,
врач-ординатор 1-го года обучения Муковоз Т.М.**

10.06.2026 г. Донецк

Контагиозный моллюск шифр МКБ X B08.1

вирусное заболевание, характеризующееся появлением на коже, реже – на слизистых оболочках полушаровидных узелков, величиной от булавочной головки до горошины с центральным пупковидным углублением (.)

Классификация: общепринятой нет

Этиология

- * антропоноз, вызывается ДНК-содержащим ортопоксивирусом семейства Poxviridae, подсемейство Chordopoxviridae, род Molluscipoxvirus
- * 4 типа вируса - MCV-1, MCV-2, MCV-3, MCV-4
- * не патогенен для животных
- * инфицирует клетки эпидермиса, размножается в кератиноцитах, вызывая их пролиферацию, дегенерацию и формирование характерных папул с «моллюсковыми тельцами»
- * активно модулирует врождённый и адаптивный иммунный ответ
- * геном MCV кодирует ряд белков-гомологов цитокинов и их рецепторов, включая вирусные аналоги интерлейкин-18-связывающего белка и рецепторов хемокинов
 - * это позволяет вирусу подавлять активацию Т-клеточного ответа
- * вирусные белки ингибируют сигнальные пути NF-κB и JAK/STAT
 - * это приводит к снижению продукции интерферонов I типа и уменьшению противовирусной активности клеток врождённого иммунитета
- * угнетает эпидермальный иммунный ответ, включая дисфункцию кератиноцитов и локальное снижение экспрессии антимикробных пептидов

* **Распространенность** в различных странах- от 1,2% до 22% населения

* наиболее распространённый - тип MCV-1 (у детей)

* тип MCV-2 - чаще у взрослых и передается половым путем

* тип MCV-3 и MCV-4 - в Азии и Южно-Тихоокеанском регионе

* **Встречается**

* повсеместно, поражает человека в любом возрасте

* **Инфицирование**

* при непосредственном контакте с больным или вирусоносителем

* либо опосредованно – через предметы личного и домашнего обихода

* **Инкубационный период**

* от 1 нед. до нескольких мес.

* в среднем - от 2 до 7 нед.

- * **Чаще у детей от 1 года до 4 лет**

- * у детей более старшего возраста - при посещении плавательного бассейна или занятий контактными видами спорта

- * чаще болеют дети, страдающие экземой или атопическим дерматитом, получающие лечение топическими кортикостероидами

- * **У лиц молодого возраста**

- * инфицирование часто половым путем

- * **У лиц среднего и пожилого возраста**

- * провоцирующие факторы: длительный прием глюкокортикоидов и противоопухолевых препаратов (цитостатиков)

- * **У ВИЧ + лиц**

- * из-за иммунодефицитного состояния организма повышенная склонность к появлению контагиозного моллюска, характеризующегося рецидивирующим течением

Клиническая картина: типичная форма

- * Элементы сыпи могут располагаться на любом участке кожи
 - * у детей - чаще на лице (веки, лоб), шее, верхней половине груди (чаще подмышечные впадины), 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-+ лиц - чаще на коже лица, шеи и туловища
- * Узелки 0,1-0,2 см полушаровидной или слегка уплощенной формы, плотные, безболезненные, цвета нормальной кожи или бледно-розовые, с восковидным блеском, с пупковидным углублением в центре
- * Быстро увеличиваются в размерах до 0,5-0,7 см
- * Располагаются изолированно на неизмененной 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: от 5-10 до нескольких десятков и более

Атипичные формы:

- * гигантские формы (диаметром 3 см и более)
- * ороговевающие
- * КИСТОЗНЫЕ
- * ИЗЪЯЗВЛЕННЫЕ
- * напоминающие милиум, комедоны, бородавки
- * педикюлярные моллюски (расположенные на тонкой ножке)

Осложнения и ассоциированные состояния

-моллюсковый дерматит

-экзематизация

-вторичное бактериальное инфицирование из-за расчесов, особо у детей с атопическим дерматитом

-тяжелые формы устойчивые к стандартной терапии при ВИЧ-инфекции, онкогематологических болезнях или при иммуносупрессивной терапии

-рубцовые изменения после агрессивных деструктивных методов лечения или при самопроизвольном травмировании

-**«воспалительный моллюск»** -воспалительная реакция вокруг элементов имитирует нагноение, но отражает начало иммунного ответа и спонтанной регрессии, не требует антибактериальной терапии (**«начало конца»**, или **“beginning of the end”**, синдром **BOTE**)

Воспалительная реакция при спонтанном регрессе элементов



Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины заболевания

Жалобы на узелки на различных участках кожи, чаще без субъективных ощущений (представляют лишь косметическую проблему); обычно самоограничивающийся процесс; даже без лечения может исчезать самопроизвольно спустя несколько месяцев, но у детей - длительное течение (от 6 месяцев до 5 лет), как результат аутоинокуляции возбудителя

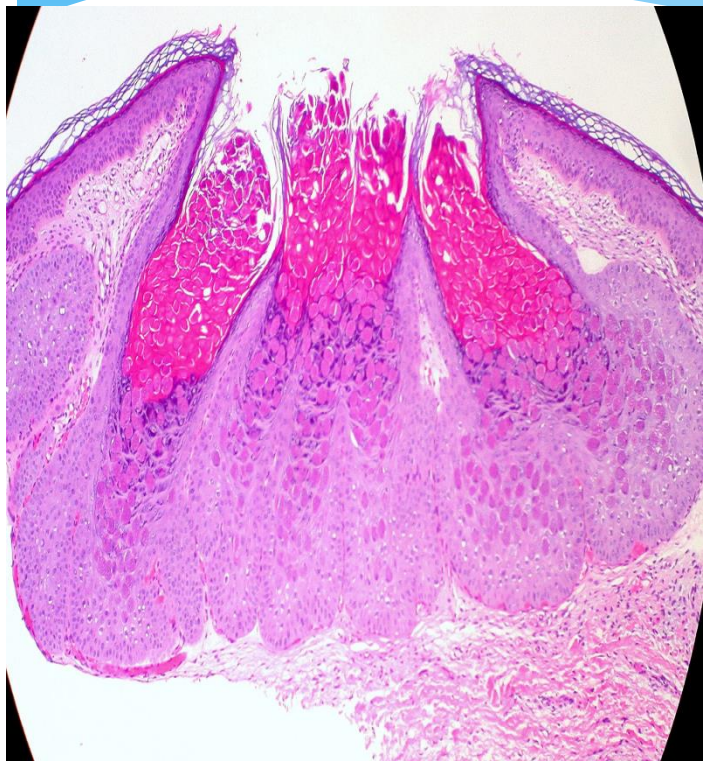
Дерматоскопия: аморфная бело-желтая центральная зона и периферические сосуды в форме венца

При атипичных формах - микроскопическое исследование содержимого узелков с окраской по Романовскому-Гимзе, Граму, Райту или Папаниколау (крупные кирпичной формы внутриклеточные включения вирусных тел)

Микроскопия контагиозного моллюска

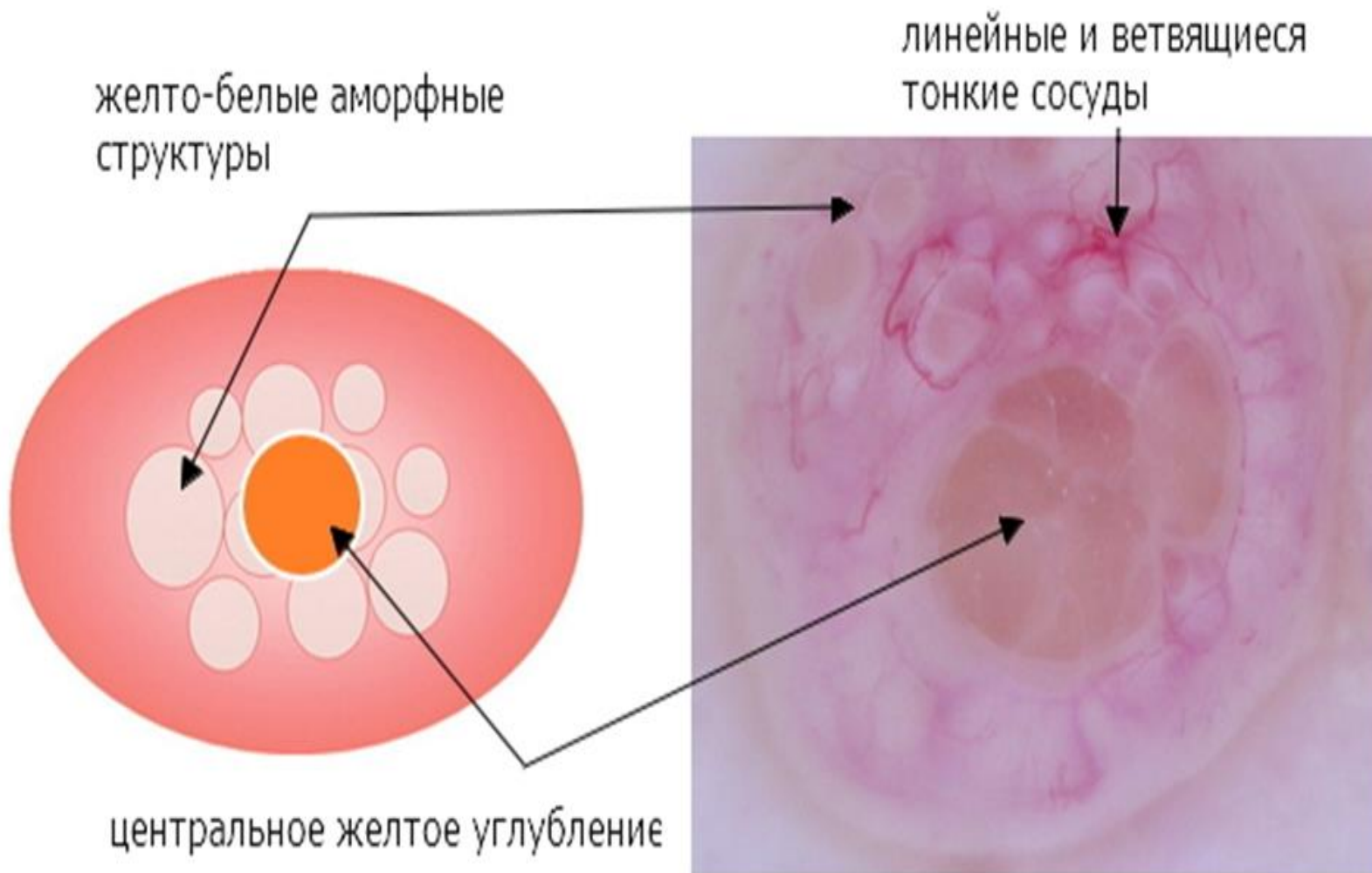


Патогистологическая картина контагиозного моллюска



- * пролиферативные и дегенеративные изменения клеток шиповатого слоя
- * акантоз, разделен радиальными соединительнотканными перегородками на ряд грушеобразных долек
- * в верхних отделах долек кератиноциты содержат крупные эозинофильные включения - моллюсковые тельца Хендерсона-Паттерсона
- * цитопlasма клеток шиповатого слоя вакуолизирована и гомогенизирована
- * клетки базального слоя не поражаются
- * воспалительные изменения в дерме незначительные или отсутствуют
- * при длительно существующих элементах в дерме может быть хронический гранулематозный инфильтрат

Дерматоскопия контагиозного моллюска



Дифференциальный диагноз

Плоские бородавки: чаще у подростков и молодых лиц; множественные, на лице и тыле кистей, мелкие округлые плоские роговые папулы, цвета нормальной кожи

Вульгарные бородавки: чаще на ладонях, плотные папулы с неровной, сосочковидной поверхностью, с гиперкератотическими массами; центрального западения и перламутровой окраски нет; дерматоскопия - тромбированные капилляры в виде «чёрных точек»

Кератоакантома: чаще у лиц 50+, на открытых участках, одиночные полусферические очаги, бледно-розового цвета; в центре - кратерообразное углубление, заполненное роговыми массами, которые легко удаляются и не сопровождаются кровотечением

Милиум: у новорожденных, детей грудного возраста; может исчезать спонтанно; на щеках, под глазами, единичные или множественные эпидермальные кисты с плотным содержимым, белого цвета, не контагиозны, без воспаления, беловатого или беловато-желтого цвета

Угревая сыпь: на фоне себореи, на лице, спине и груди воспалительные фолликулярные папулы, мягкой консистенции, синюшно-красного цвета

Закрытые комедоны: на лице, мелкие белые папулы без пупковидных вдавлений

Дифференциальный диагноз

Криптококкоз: на фоне иммунодефицита, очаги сходны с контагиозным моллюском, без пупковидных вдавлений, м.б. язвы

Сирингомы: периорбитально, множественные, симметричные

Базалиома: перламутровый оттенок папул по периферии очага, одиночные

Чесотка: обнаружение клеща *Sarcoptes scabiei*, эпид.анамнез, папулы телесного или красного цвета, зуд и экскориации намного сильнее, чем при контагиозном моллюске; чесоточные очаги также в межпальцевых промежутках, вентральной складке запястья, а у женщин - под м/железами

Красный плоский лишай: плоские полигональные папулы, сетка Уикхема, ливидный цвет

Лечение

Криодеструкция: воздействие на каждый элемент жидким азотом по 10-20 сек. При сохранении высыпаний -повторяют через неделю

Кюретаж (выскабливание кюреткой) -высокая доступность метода, простота, относительно низкая болезненность, при лечении детей - аппликационная анестезия обезболивающим кремом

Лазерная деструкция: воздействие CO₂ лазером или импульсным лазером на красителях; возможна повторная лазерная деструкция через 2-3 нед.

Электрокоагуляция

Для снижения частоты рецидивов и снижения риска осложнений после деструкции - обработка кожи антисептиками и дез.средствами: йод+[калия йодид+этанол], 5% спиртовой раствор...

Химические методы: кантаридина (Cantaridin, Ycanth), р-р КОН (5–10% гидроксида калия) в течение 4–6 недель; кератолитики (салициловая кислота), третиноин

Для уменьшения боли и дискомфорта во время деструкции - местная анестезия

Из-за быстрого прогрессирования и высокой контагиозности - лечение начинать как можно раньше

Профилактика

Не брить участки кожи с высыпаниями, т.к. может привести к аутоинокуляции

Не посещать плавательные бассейны, спортивные залы, общественные бани на период лечения

До окончания лечения пользоваться только своими личными вещами и посудой, избегать половых и тесных физических контактов

Половых партнеров обследовать и лечить при наличии заболевания

Самостоятельный осмотр кожи для своевременного выявления элементов сыпи-ежедневно

Изоляция больных детей из организованных коллективов до полного выздоровления

Соблюдение правил личной и общественной гигиены

Профилактические осмотры детей в дошкольных детских учреждениях и школах с целью раннего выявления случаев заболевания контагиозным моллюском

Хотя заболевание обычно склонно к саморазрешению, клиническая практика показывает, что многие пациенты нуждаются в активной терапии из-за косметических, социальных и эпидемиологических факторов

Разработка новых методов лечения, включая иммуномодуляторы (интерфероны альфа), противовирусные препараты (цидофовир), моноклональные антитела (дипилюмаб), блокирующие эффекты ИЛ-4 и ИЛ-13, местно 10,3% гель Бердазимер (Zelsuvmi) привела к необходимости обновления имеющихся данных

Поиск новых методов лечения особо актуален на территории ДНР в период ведения боевых действий, которые сопряжены с высокой физической и психоэмоциональной нагрузкой, что ведет к снижению защитных барьерных функций организма

Клинический случай

Болной Н. 18 лет военнослужащий, принимающий участие в боевых действиях, обратился на прием к дерматологу с **жалобами** на высыпания на коже лобка без субъективных ощущений

Анамнез заболевания

Считает себя больным с марта 2026г., когда впервые заметил единичные элементы на коже лобка цвета нормальной кожи без субъективных ощущений. Начало заболевания связывает микротравматизацией (бритье) и последующей случайной половой связью (малознакомая «Катя», данных для розыска нет). Самолечением не занимался . Продолжал бритье в этой зоне. Со временем появились множественные аналогичные высыпания, в связи с чем обратился за медицинской помощью в медицинскую роту по месту службы и был направлен в РКДВД г. Донецка

Анамнез жизни

- туберкулез, ВИЧ, вирусные гепатиты, вен. б-ни, тифы, малярию, детск.инф.-отр.
- семейный, онко-, алергоанамнез не отягощен
- на учете у смежных спец. не состоит
- операции, травмы, ранения, гемотрансфузии-отр.
- перенесенные б-ни: ОРЗ
- курит-1 пачка в день; алкоголем не злоупотребляет
- привит по возрасту
- профосмотр 10 мес. назад (при заключении контракта)
- п\жизнь с 18 лет, вне брака; холост; имеет случайные п/связи (последняя 02.01.2026 с малознакомой «Катей»- данных для розыска нет, предпоследняя – ноябрь 2025г. с малознакомой «Светой»- данных для розыска нет)

Об-но: АД 120/80 мм рт ст, Т 36.6 , отх.чл.гл-отр., ped.et scab.-отр., со стороны внутренних органов и систем патологии не выявлено, физиологические отправления в норме

Locus morbi: Патологический процесс носит ограниченный характер, локализуется на коже лобковой области, представлен множественными невоспалительными, цвета нормальной кожи, полушаровидными узелками размером 0,1—0,2 см плотными, безболезненными, с восковидным блеском, с пупковидным углублением в центре, располагаются изолированно на неизмененной коже, не сопровождаются субъективными ощущениями и представляют для пациента лишь косметическую проблему. При сдавлении узелков с боков из центрального отверстия выделяется белая крошковатая (кашицеобразная) масса. Другие участки кожи и видимые слизистые свободны от высыпаний, периферические лимфатические узлы- без патологических изменений, выделений из уретры в момент осмотра нет. Дермографизм-розовый

Дерматоскопия: множественные сферические, желтовато-белые аморфные структуры окруженные линейными или разветвленными сосудами

Микроскопическое исследование содержимого узелков с окраской по Романовскому — Гимзе: крупные кирпичной формы внутриклеточные включения вирусных телец (дегенеративные эпителиальные клетки с крупными протоплазматическими включениями)

ОАК, ОАМ, БАК, КСР, мазок из уретры—патологии не выявлено (от 02.06.26)



Лечение: аллокин альфа – через день, п/к, № 6; повторный курс через месяц; поливитамины в течение 1 месяца; однократное воздействие на каждый элемент контагиозного моллюска жидким азотом в течение 10-20 секунд, последующая обработка антисептиками

Даны рекомендации: не брить участки кожи после удаления элементов сыпи; на период лечения не посещать плавательные бассейны, спортивные залы, общественные бани; до окончания лечения пользоваться только своими личными вещами, избегать половых и тесных физических контактов; обследовать половых партнеров и лечить при наличии заболевания (при получении новых данных для розыска); ежедневно самостоятельно осматривать кожу для своевременного выявления новых элементов контагиозного моллюска; соблюдать правила личной и общественной гигиены

Источники:

1. Клинические рекомендации РФ от 2025г. «Контагиозный моллюск»
2. Сорвачева Д.А. Современные представления о клиническом течении, диагностике и лечении контагиозного моллюска / Д.А. Сорвачева, Д.С. Ковынев, А.А. Холопов // Международный научно-исследовательский журнал. — 2026. — №5 (167). — URL: <https://research-journal.org/archive/5-167-2026-may/10.60797/IRJ.2026.167.26> (дата обращения: 03.06.2026). — DOI: 10.60797/IRJ.2026.167.26. — EDN: WZKPVD
3. Официальный сайт врача дерматовенеролога Агапова С.А.
4. Molluscum Contagiosum - Ophthalmology Review ophthalmologyreview.org Histopathology.)

Благодарим за внимание