

Баланит и баланопостит: современные подходы к рациональной наружной терапии

Balanite and balanoposthitis: a modern approach to a rational external therapy

*Khalidin A.A.,
Ignatiev D.V.,
Chistik O.V.*

А.А. Халдин, Д.В. Игнатьев, О.В. Чистик
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова,
Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Среди многих вопросов, связанных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и заболеваниями уrogenитальной сферы, есть один, которому в настоящий момент уделяется мало внимания. Это баланит и баланопостит (БЛП). Вместе с тем, изучение различных аспектов этих заболеваний кожи и слизистой полового члена (ЗКСПЧ) весьма актуально в связи с целым рядом обстоятельств. В частности, это касается отсутствия полных данных по эпидемиологической ситуации, сложностью диагностики, нередко возникающей из-за схожести клинической картины при различных причинах развития воспаления, и несовершенства алгоритмов терапии и профилактики. Наконец, нельзя забывать о том, что данные болезненные процессы развиваются в коммуникативно-значимой зоне жизнедеятельности мужчин, а значит, ведут к сексуальным проблемам, снижают качество жизни и могут привести к психо-эмоциональным срывам.

В настоящее время нет единой точки зрения на классификацию ЗКСПЧ [1; 2; 3]. В связи с этим, мы, для простоты изложения будем говорить лишь об острых и хронических баланитах и БЛП инфекционной, ирритационной и аллергической природы, а также о ЗКСПЧ при хронических дерматозах.

Анализ имеющихся данных позволяет говорить, что доля обращаемости по поводу баланита и БЛП, составляет порядка 11% от всех больных в структуре медицинских учреждений, занимающихся проблемами урогенитальных инфекций [4; 5; 6]. При этом лишь в 35-47% случаев воспаление обусловлено инфекционными факторами [7; 8; 9]. В первую очередь к ним относятся анаэробы, аэробы и грибы рода кандиды. При этом кандидозные

поражения головки полового члена и крайней плоти выявляются примерно в 15% случаев, и, по мнению ряда авторов, в большинстве этих случаев причинами заболевания являются иммунодефицитное состояние, нарушение обмена веществ (сахарный диабет), прием системных глюкокортикоидов и цитостатиков [1; 10; 11; 12; 13].

Удельный вес ирритационных воспалений в структуре хронических баланитов и БЛП составляет порядка 65-72%. Среди различных провоцирующих факторов можно выделить чрезмерную гигиену половых органов, мастурбацию и ношение тесной одежды, т.е. эти состояния можно отнести к простым контактными дерматитам [14].

Аллергический БЛП встречается гораздо реже. По имеющимся данным он представляет собой реакцию гиперчувствительности IV типа, причину которой установить нередко затруднительно [15]. Наиболее часто потенциальными сенсibilizаторами выступают латекс, косметические и моющие средства, а также повышенная чувствительность к антигенам *Candida albicans* при половых контактах с женщинами, страдающими кандидозным вульвовагинитом. При этом у самого пациента в зоне воспаления элементы грибов не обнаруживаются.

Вместе с тем, и при изначально ирритационной или аллергической природе БЛП, всегда надо иметь в виду возможность вторичного инфицирования бактериальной флорой, что может значительно затруднить как диагностику, так и терапию. Это может быть следствием присоединения стрептоста-филококков, нарушения биоценоза собственной микрофлоры и /или дисбиоза влагалища у половой партнерши.

Также следует подчеркнуть, что клиническая картина многих ЗКСПЧ, настолько идентична, а вероятность вторичной контаминации бактериальной микрофлорой настолько велика, что лабораторная диагностика далеко не всегда позволяет установить истинную причину баланита и БЛП, а, следовательно, правильно выбрать этиотропную или патогенетическую терапию.

По мнению многих авторов диагностика ЗКСПЧ достаточно часто затруднена. В связи с этим, наряду с рутинными методами (микроскопия, посев), которые нередко лишь исключают инфекционный генез воспаления, в ряде случаев рекомендуется

проведение гистологических исследований [16,17]. Однако, взятие биопсии, в данной области, сопряжено со значительными трудностями.

Выбор лекарственного препарата и тактика лечения БЛП зависят от этиологии заболевания, степени тяжести и индивидуальных особенностей организма у конкретного больного, что, в свою очередь, обусловлено как устойчивостью возбудителя заболевания к antimикробным препаратам (антибиотики, антимикотики и др.), так и наличием у пациента сопутствующей висцеральной патологии.

Таким образом, сегодня, во главу угла проблемы, можно поставить вопрос адекватной терапии БЛП. Особенно это важно для практикующих врачей, которые в силу различных причин нередко вынуждены прибегать к эмпирическому подходу в выборе лечения.

Современные стандарты терапии предусматривают, что лечение БЛП должно быть комплексным (местная и системная терапия, физио- и лазеротерапия) с синдромальным подходом в зависимости от преобладания в клинической картине того или иного компонента: воспаления, пролиферации, вегетации, тканевой деструкции. В данной статье мы хотели бы уделить больше внимания некоторым особенностям топической терапии.

Абстрагируясь от конкретной причины развития БЛП, их клиническая картина всегда представлена воспалением, т.е. покраснением, резкой степенью отёчности, нередко мацерацией и /или эрозированием и различного рода субъективными ощущениями, среди которых превалирует зуд.

Исходя из этого, можно утверждать, что при выборе местной терапии мы должны отдавать предпочтение этио-патогенетической терапии, которая не только позволит элиминировать причину самого БЛП, но и быстро купирует основные симптомы воспаления.

Сегодня всё более широко применяются комбинированные средства, в состав которых входят глюкокортикостероид, антибиотик и антимикотик. За счёт комбинации этих трёх составляющих достигается не только устранение бактериального и /или микотического агента, вызвавшего БЛП, но и быстрая ликвидация признаков воспаления, что позволяет получить быстрый эффект, сокращает

сроки терапии и улучшает качество жизни пациента в период лечения.

Одним из таких препаратов является Акридерм® ГК крем, который содержит гентамицин, бета-метазон и клотримазол. Данный комбинированный препарат, оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, антибактериальное и противогрибковое (фунгицидное) действие. Гентамицин – антибиотик широкого спектра действия из группы аминогликозидов, действует бактерицидно. Высококочувствительны к нему грамотрицательные микроорганизмы – *Proteus* spp. (индолположительный и индолотрицательный), *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Campylobacter* spp., *Staphylococcus* spp. (метициллинорезистентные). Чувствительны: *Enterococcus faecalis*, *Serratia* spp., *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., *Citrobacter* spp. Резистентны: *Neisseria meningitidis*, *Treponema pallidum*, анаэробные микробы: *Streptococcus* spp. (кроме *Streptococcus pneumoniae*), *Enterococcus faecalis*; *Providencia rettgeri*. Бетаметазон – глюкокортикостероид, оказывает местное противовоспалительное, сосудосуживающее, противоаллергическое действие. Клотримазол – противогрибковое средство из группы производных имидазола для местного применения. Оказывает действие за счёт нарушения синтеза эргостерола, являющегося составной частью клеточной мембраны грибов. Обладает широким спектром действия. Эффективен в отношении дерматофитов, плесневых грибов, грибов рода *Candida*, *Malassezia furfur*, *Corynebacterium minutissimum*. *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Trichomonas vaginalis*.

Микотический БЛП – заболевание, проявления которого обычно обусловлены активной репродукцией дрожжевых грибов рода *Candida*. Лечение канди-дозного баланита и БЛП проводится, как правило, местно и включает в себя применение антиканди-дозных кремов, а также тщательный туалет головки и крайней плоти полового члена различными противовоспалительными и дезинфицирующими растворами.

Чаще всего в терапии БЛП микотической этиологии используются топические антимикотики широкого спектра действия [18, 19] и др., однако применение композиционных мазей и кремов, имеющие в своем составе антимикотик, антибиотик и кортикостероид, позволяет достигнуть эффекта от лечения быстрее.

Таким образом, назначение комбинированного препарата Акридерм® ГК крем при лечении микотического БЛП позволяет быстро элиминировать возбудителя, снять симптомы воспаления и предотвратить присоединение вторичной бактериальной инфекции.

На пораженные участки кожи и слизистой оболочки наносят, слегка втирая, небольшое количество препарата 2 раза в сутки. Длительность лечения определяется индивидуально и зависит от тяжести заболевания, средняя продолжительность терапии составляет 1-2 недели. Такая продолжительность зависит от того, что клинические симптомы исчезают медленнее, чем наступает этиологическое излечение.

В лечении катаральных БЛП не микотической природы и папулезных БЛП, иногда возникающих у больных с различными дерматозами (дерматит, токсикодермия, экзема, atopический дерматит, псориаз, красный плоский лишай), можно использовать топические стероиды, например, Акридерм® ГЕНТА (крем, мазь), содержащий активное вещество – бетаметазон и антибиотик – гентамицин. Данный препарат оказывает противовоспалительное, глюкокортикоидное, противоаллергическое, противозудное действие, снижает выделение медиаторов воспаления, интерлейкинов 1 и 2, гамма-интерферона, тормозит активность гиалуронидазы и понижает проницаемость сосудистой стенки. При этом наличие антибиотика в его составе позволяет избежать присоединения вторичной инфекции, что невозможно при терапии препаратами, содержащими только глюкокортикоиды.

Акридерм® ГЕНТА (крем, мазь) наносят тонким слоем на пораженный участок кожи 2 раза в сутки (утром и вечером). В легких случаях препарат достаточно применять 1 раз в день, при более тяжелых поражениях возможно более частое применение. Продолжительность лечения зависит от эффективности и переносимости терапии и составляет 2-4 недели. При отсутствии клинического улучшения необходимо уточнить диагноз.

Учитывая, что при развитии БЛП различной этиологии нередко возникает повреждение кожи и слизистых оболочек (эрозивание, мацерация, трещины) целесообразно также использовать мазь Пантодерм®, который содержит декспантенол и

оказывает регенерирующее, метаболическое и слабое противовоспалительное действие. Декспантенол в организме образует активный метаболит – пантотеновую кислоту, являющуюся составной частью кофермента А, который катализирует в организме ацетилирование, участвует практически во всех метаболических процессах (цикл трикарбоновых кислот, обмен углеводов, жиров и жирных кислот, фосфолипидов, белков и др.), обеспечивает образование кортикостероидов, ацетилирование холина. Препарат стимулирует регенерацию кожи, слизистых оболочек, ускоряет митоз и увеличивает прочность коллагеновых волокон.

Пантодерм® наносят на поврежденный участок кожи или слизистой оболочки один или несколько раз в сутки, что зависит от выраженности клинической симптоматики и длительности самого заболевания. Лечение следует продолжать до полного заживления эрозий и восстановления здоровых тканей.

Следует помнить, что при лечении БЛП любой этиологии необходимо проведение регулярного туалета головки и крайней плоти члена с применением 0,25-0,5% растворов азотнокислого серебра, 0,01 0,05% водного раствора хлоргексидина биглюконата, растворов фурациллина, перманганата калия, борной кислоты и др.

Пациентам рекомендуется открывать и промывать головку полового члена водой с гигиеническим мылом несколько раз в день, тщательно высушивая ее после каждой процедуры.

В заключение следует еще раз выделить значимость комплексного синдромального подхода в лечении любых клинических форм баланопоститов, слагаемого из местной и системной терапии, с учетом разнообразных проблем в соматическом статусе пациентов и, особенно, при наличии у больных сочетанных инфекций урогенитального тракта, что обуславливает необходимость одновременной санации ИГТПП, как одной из основных причин возникновения и рецидивирования данного заболевания.

Нельзя забывать о снижении защитных функций кожи в очаге воспаления, что часто приводит к присоединению вторичной инфекции. Например, микотический БЛП при неадекватной терапии может осложниться вторичной пиодермией. Таким

образом, применение комбинированных препаратов, таких как Акридерм® ГК крем, содержащие антимикотик, антибиотик и глюкокортикостероид, позволяет не только воздействовать на инфекционный агент, вызвавший БЛП, но и предотвратить развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной инфекции.

Наличие глюкокортикостероида в комбинированном препарате Акридерм® ГК крем позволяет быстро снять симптомы воспаления и сократить длительность терапии. Повышается качество жизни пациента, так как ощущения зуда и жжения в очаге воспаления или полностью купируются, или значительно уменьшаются. Сокращение

продолжительности курса терапии не только позволяет экономить деньги пациента, но и значительно снижает степень риска развития нежелательных побочных эффектов.

При лечении БЛП любой этиологии необходимо проведение регулярного туалета головки и крайней плоти с применением мази Пантодерм®, в качестве стимулятора регенерации кожи и грамотное применение комплексных препаратов, таких как Акридерм® ГК крем, Акридерм® ГЕНТА крем, мазь. Такое сочетание препаратов в лечении БЛП повышает эффективность проводимой терапии, сокращает продолжительность проводимого лечения, снижает число обострений и улучшает прогноз заболевания в целом.

Литература:

1. *Маэров И. И.* Половые болезни: Энцикл.-справ.. – К., Укр. энцикл.: М.: «АСТ-Пресс», 1994, – 480.
2. *Escala J. M. Balanitis/J. M. Escala, A. M. Rickwood // British journal of urology.* – V. 63. – P. 196-197
3. *Krush Eds. E.D.* The Clinician's Guide Humana Press/Eds. E. D. Kursh, J.C. Ulchaker. – Office Urology: New Jersey. 2001-530 p.
4. *Забиров К. И.,* Баланопоститы: клиника, диагностика и лечение/К. И. Забиров, Н.В. Марчук // Вести, дерматол. и венерол. – 2004.-N4. – с. 22.
5. *Соннекс К.* Аллергические реакции в области гениталий/К. Соннекс // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2004. – №2. – С. 21-26
6. *Buechner S.A.* Common skin disorders of penis/S.A. Buechner // VJU Int. – 2002. – Sep. – V. 90. №5. – P. 498-506
7. *Адашкевич В.П.* Инфекции, передаваемые половым путем/В.П. Адашкевич. – Н. Новгород: издательство НГМА. 2001.-416 с.
8. *Edwards S.* Balanitis and balanopostitis: a review. Genitourinary/S. Edwards // Genitourin Medicin. -1996. -V.72. – P. 155-159.
9. *English J. C.* Dermatoses of the glans penis and pre-puce/J.C. English, R.A. Laws //J. Am. Acad. Dermatol. -1997. Jul. – V. 37. – P. 1-24.
10. *Родионов А. В.* Грибковые заболевания кожи/ А. В. Родионов – СПб: Питер Паблишинг, 1998. - 288 с.
11. *Edwards S.* Circumcision the united states: prevalence, prophylactic/S. Edward // Effects and sexual Practice Journal of The American medical association/ V. 227, N13. – P. 1052-1059.
12. *Escala J. M. Balanitis/J. M. Escala, A. M. Rickwood // British journal of urology.* – V. 63. – P. 196-197
13. *Mallon E.* Circumcision and genital dermaoses/E. Mallon // Arch Dermatol. – 2000. Mar. – V. 136, N3. – P. 350-354
14. *Birky H. D.* Clinical features and management of recurrent balanitis: association atopy and genital washing/H. D. Birley, G. A. Luzzi // Genitourinary medicin. – 1993. – V. 69. N5. P. 400-403
15. *Connex C.* Genital allergy/C. Connex // Sex Tranmsit Inf. – 2004.-V. 4. N1. P. 4-7
16. *Derm Atlas [Electronic resource].* - Electronic date. Johns Hopkins University; 2000-2008. – Mode access: <http://www.dermatlas.com/derm/>
17. *Dermatology Atlas (Electronic resource).* – Electronic date, -Chicago, Layola University Dermatology Medical Education Website, 1996. -Mode access: <http://www.meddean. Luc.edu/lumen/medicine/dermatology/melton/atlas.htm>
18. *Баткаев Э.А., Рюмин Д. В.* Опыт лечения баланопоститов кандидозной этиологии препаратом 1% крем «Батрафен» // Вестник последилового медицинского образования. – 2003. – №2. – С 21 22.
19. *Новоселов В. С, Сатин М.А., Монахов С.А., Румянцева К.К.* Клиническая эффективность крема «Батрафен» в терапии микотических поражений кожи// Вести, последилового образования. – 2003. – №1. – С 9 -12.