

Инфекции, передаваемые половым путем. Особенности топической терапии баланопоститов.

Рюмин Д. В.,

Кафедра дерматовенерологии и клинической микологии с курсом лабораторной диагностики и лабораторной микологии РМАПО, г. Москва.

Баланопостит – воспалительное заболевание кожи головки и крайней плоти полового члена, которое чаще всего развивается вследствие иммуносупрессии и сенсибилизации данной области продуктами жизнедеятельности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, колонизирующих уретру, предстательную железу и непосредственно кожу головки пениса и препуциального мешка.

По сообщениям зарубежных коллег, это распространенное заболевание выявляется, примерно, у 11% мужчин (чаще среди необрезанных), обратившихся в профильный стационар, специализирующийся на диагностике и лечении болезней мочеполовой системы и может протекать в хронической рецидивирующей форме [14].

По нашим данным, частота выявления баланопостита среди пациентов, по различным причинам обратившихся к дерматовенерологу амбулаторно может составлять до 30%.

Среди всех баланитов и баланопоститов выделяют отдельные нозологические единицы, например, ксеротический облитерирующий баланопостит Штюмера, баланит псевдоэпителиоматозный чешуйчатый ороговевающий Лортата–Джакоба–Сиватта, эритроплазия Кейра, плазмноклеточный баланит Зона, кольцевидный баланит и др.

По этиологии рассматривают баланиты и баланопоститы, возникающие вследствие грибковых, аэробных, анаэробных, микобактериальных, протозойных инфекций, инфекций, вызванных спирохетами, вирусных заболеваний, баланиты и баланопоститы при пузырчатке, склерозирующем и атрофическом лишае и др. [4,6,8,9, 12–14].

Отмечается, что среди всех разновидностей заболевания преобладают случаи выявления баланопоститов кандидозной природы [1]. При этом сообщается, что частота обнаружения кандидозных баланопоститов полового происхождения возросла вследствие отчетливого роста кандидозов мочеполовой системы у женщин, который, в свою очередь, связывают с широким применением антибиотиков, противотрихомонадных и гормональных противозачаточных средств.

До настоящего времени в России нет единой общепринятой классификации баланитов и баланопоститов. О. Л. Иванов (1997) приводит следующую классификацию баланитов:

- острый поверхностный баланит травматический;
- баланит от раздражения;
- баланит цирцинарный;
- баланит ксеротический облитерирующий;
- баланит ограниченный плазмоцеллюлярный Зона;
- баланит кандидозный;
- баланит микоплазменный;
- баланит хламидийный [7].

Обсуждая этиопатогенез одной из клинических форм баланопоститов – ксеротического облитерирующего баланопостита, А. А. Каламкарян, А. Ш. Мандель (1990) предлагают выделять:

- идиопатический (спонтанный) ксеротический баланопостит;
- старческий ксеротический баланопостит (у лиц пожилого возраста с теми или иными эндокринными и нейро-вегетативными расстройствами);
- токсико-инфекционный ксеротический баланопостит, возникающий вследствие воздействия токсических продуктов или обусловленный приёмом некоторых лекарственных средств при лечении инфекционных заболеваний;
- иммунный ксеротический баланопостит, возникающий при снижении иммунной реактивности организма;
- разновидность ксеротического облитерирующего баланопостита, возникающая на фоне торпидно протекающего инфекционно-воспалительного процесса (герпес и др.) [5].

Практикующие специалисты (дерматовенерологии, урологи, андрологи) нередко пользуются классификацией заболевания, предложенной проф. И. И. Мавровым (1994), который по этиологическому признаку выделял «первичные» и «вторичные» баланопоститы [8]. К первичным баланопоститам автор относил случаи его возникновения у лиц, не соблюдающих в должной мере правила

личной гигиены, особенно при наличии короткой уздечки полового члена и фимоза. Это предрасполагает к скоплению смегмы в препуциальном мешке, что, в свою очередь, вызывает механическое раздражение кожи в данной анатомической зоне, а при разложении секрета сальных желез – и химическое раздражение. При этом создаются благоприятные условия для развития различных популяций патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и их влияния на кожу головки и крайней плоти. Вторичные баланопоститы могут быть следствием инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также развиваться на фоне диабета, аллергодерматозов или других заболеваний [4, 6].

На наш взгляд, выделение первичных и вторичных баланопоститов в достаточной степени условно, очевидно, следует рассматривать клинические формы этого заболевания (по преобладанию тех или иных морфологических элементов) и отдельно говорить о факторах, предрасполагающих его возникновению.

Баланопостит. Клинические формы:

- простая катаральная
- папулезная
- склероатрофическая
- веррукозная и вегетирующая
- гранулематозная
- везикулезная
- пустулезная
- буллезная
- эрозивная и эрозивно-язвенная
- гангренозная

Простая катаральная – характеризуется признаками более или менее выраженного воспаления, основным морфологическим элементом являются гиперемизированные пятна на коже головки и крайней плоти полового члена, нередко данная форма заболевания служит внешним признаком наличия у больного тех или иных ИППП, но также может развиваться у соматически отягощенных пациентов (сахарный диабет, атеросклероз, хроническая венозная недостаточность и др.);

Папулезная – на фоне слабой или умеренной гиперемии кожи появляются узелковые элементы, данная форма заболевания может быть признаком папулезного псевдосифилиса, чесотки, красного плоского лишая, псориаза, эритроплазии Кейра, первичного местного амилоидоза кожи и др.;

Склероатрофическая (облитерирующий ксеротический баланопостит, псевдоэпителиоматозный чешуйчатый ороговевающий баланит Лортата–Джакоба–Сиватта) – встречается довольно редко, преимущественно у пожилых, на фоне умеренной или слабой гиперемии кожи

могут возникать эрозии, трещины, участки с явлениями склероза и атрофии, что в итоге приводит к сращению головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти;

Примечание: склероатрофический лихен и склеродермию головки и крайней плоти полового члена вряд ли можно отнести к воспалительным заболеваниям указанной анатомической зоны, поэтому они представляют интерес для специалистов только в плане дифференциального диагноза.

Веррукозная и вегетирующая – на фоне слабой или умеренной гиперемии кожи появляются бородавчатые разрастания и вегетации, что чаще всего является признаком папилломавирусной инфекции человека, но может быть симптомом донованоза, туберкулеза, вегетирующей пузырчатки;

Гранулематозная – встречается, как правило, у пациентов с иммунодефицитными состояниями, например, у больных СПИД, как результат прогрессии оппортунистических инфекций (хронический генерализованный гранулематозный кандидоз и др.);

Везикулезная – на фоне слабой или умеренной гиперемии кожи головки и крайней плоти возникают пузырьки, как типичный пример данной формы заболевания можно привести баланопостит при ге-нитальном герпесе;

Пустулезная – на гиперемизированной коже появляются пустулы, например, при донованозе, для которого характерно образование множественных милиарных пустул;

Буллезная – на фоне умеренной, но значительно более часто на фоне выраженной гиперемии кожи возникают пузыри, которые могут являться следствием выраженной токсико-аллергической реакции организма на различные экзо- и эндогенные антигены (эритема экссудативная многоформная, фиксированная медикаментозная эритема, токсикодермия);

Эрозивная и эрозивно-язвенная формы – могут встречаться при сифилисе, гонорее, трихомониазе, амебиазе, лямблиозе, донованозе, лейшманиозе, пиодермии шанкриформной, фузоспириллезе, болезни Венсана, туберкулезе гениталий, язвенно-пустулезном баланите Кастеля, роговом изъязвляющемся баланите, дифтерии половых органов, болезни Бехчета, синдроме Лайелла, вульгарной пузырчатке и др. заболеваниях;

Гангренозная – служит частым клиническим признаком мягкого шанкра а также может развиваться при молниеносной (спонтанной) гангрене – болезни Фурнье.

К предрасполагающим факторам развития баланопоститов следует отнести сахарный диабет и другие эндокринопатии, атеросклероз, хроническую венозную недостаточность, короткую уздечку полового члена, фимоз,

мацерации рогового слоя различного происхождения, прием некоторых медикаментов.

По этиологии, на наш взгляд, подчеркивая значимость инфекционного процесса в возникновении баланопоститов, очевидно, следует выделять баланопоститы, индуцированные простейшими, бактериями, грибами, вирусами и баланопоститы сочетанной инфекционной этиологии.

Иногда симптомы баланопостита даже при простой катаральной форме бывают настолько сильно выраженными, что сопровождаются мучительным зудом, жжением и болезненностью в указанной анатомической зоне, что значительно ухудшают общее состояние здоровья таких больных, заставляя проводить постоянный поиск новых лекарственных препаратов, улучшающих качество их жизни.

Часто, особенно при баланопоститах кандидозной этиологии, на инфильтрированной крайней плоти появляются болезненные, глубокие трещины, что затрудняет открытие головки полового члена и лишает пациентов возможности вести нормальную половую жизнь.

Длительное течение баланопостита может привести к стойкому приобретенному фимозу, появлению остроконечных кондилом, вегетирующих язв, гранулематозному баланопоститу, служить фоном для развития рака полового члена.

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

Лечение баланопоститов должно быть непременно комплексным (местная и системная терапия, физио- и лазеротерапия) с синдромальным подходом в зависимости от преобладания того или иного компонента: воспаление, пролиферация, вегетация, тканевая деструкция. В настоящей работе мы сочли целесообразным уделить внимание некоторым особенностям топической терапии данного заболевания с комментариями к наиболее часто применяемым препаратам в местном лечении баланопоститов.

Микотический баланопостит – наиболее часто встречаемое заболевание, проявления которого обычно обусловлены активной репродукцией дрожжевых грибов рода *Candida*. Лечение кандидозного баланита и баланопостита проводится, как правило, местно и включает в себя применение антикандидозных кремов, а также тщательный туалет головки и крайней

плоти полового члена различными противовоспалительными и дезинфицирующими растворами.

Чаще всего в терапии баланопоститов микотической этиологии используются топические антимикотики широкого спектра действия – крем 1% Клотримазол (Канестен, Кандид, Кандибене), крем 1% Батрафен [2, 10] и др., или композиционные мази и кремы, имеющие в своем составе антимикотик, антибиотик и кортикостероид, например, Тридерм (крем, мазь). Реже в лечении данного заболевания используется тербинафин (ламизил). Тербинафин представляет собой аллиламин с широким спектром противогрибкового действия. В низких концентрациях он обладает фунгицидным действием против дерматофитов, плесневых и некоторых диморфных грибов. Действие на дрожжи может быть фунгицидным или фунгистатическим, в зависимости от вида.

Представляется интересным опыт применения при баланопоститах кандидозной этиологии тербинафина в виде спрея [11]. Автор наблюдала 50 больных канди-дозным баланитом и баланопоститом с длительностью заболевания от 1 недели до нескольких лет, у которых Ламизил спрей использовался в качестве монотерапии. Препарат наносился местно на область головки и крайней плоти полового члена путем орошения в течение 2–3 сек. 2 раза в день в течение двух недель. В результате проведенного лечения (сразу после окончания местной терапии) при культуральном исследовании грибы рода *Candida* были обнаружены у 5 (10%) больных, что показывает достаточно высокий процент излеченности данного заболевания.

В лечении катаральных баланопоститов не микотической природы и папулезных баланопоститов, иногда возникающих у больных с различными дерматозами (дерматит, токсикодермия, экзема, атопический дерматит, псориаз, красный плоский лишай), можно использовать топические стероиды, например, 0,1% Латикорт (крем, мазь). При этом целесообразно придерживаться принципа «этапности» лечения, когда вслед за коротким курсом топической кортикостероидной терапии (5–7 дней) назначаются мази или кремы с выраженной противовоспалительной активностью, например, 1% крем Батрафен.

При катаральных и эрозивных формах баланопоститов не микотической этиологии можно рекомендовать комбинированные кортикостероидные препараты Оксикорт (аэрозоль 55 мл) и Полькортолон (аэрозоль 30 мл).

Аэрозоль Оксикорт содержит активные вещества: гидрокортизона ацетат 0,1 г и окситетрациклина гидрохлорид 0,3 г; аэрозоль

Полькортолон – три-амцинолона ацетонид 0,01 г и тетрациклина 0,4 г. Вспомогательные вещества, содержащиеся в обеих аэрозолях – Спан 85, лецитин, миристант изопропила, смесь пропана и бутана (Дривосол 35).

Активные вещества данных аэрозолей в совокупности обладают противовоспалительным, противоаллергическим, противоэкссудативным и бактериостатическим действием на микробиоту кожи (см. табл. 1).

Таблица 1. Спектр антимикробного действия аэрозолей Оксикорт и Полькортолон

Бактерии грам (+)	Бактерии грам (-)
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Haemophilus sp.</i>
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>
<i>Streptococcus pyogenus</i>	<i>Klebsiella sp.</i>
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Proteus mirabilis</i>
<i>Clostridium sp.</i>	<i>Moraxella catarrhalis</i>
<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Pseudomonas sp.</i>
<i>Propionibacterium sp.</i>	<i>Escherichia coli</i>

Вспомогательное вещество – газ Дривосол 35 обладает подсушивающим, анестезирующим и охлаждающим эффектами при испарении с поверхности кожи.

Необходимо отметить удобство применения этих аэрозолей, так как они равномерно, быстро и легко распределяются по поверхности кожи, обеспечивая хороший терапевтический эффект, обладая, в то же время, исключительной стерильностью и экономичностью в использовании.

Мы применяли аэрозоли Оксикорт и Полькортолон у 17 пациентов (16–59 лет) с простой катаральной (10 чел.) и эрозивно-язвенной (7 чел.) клиническими формами баланопостита, развившегося на фоне сочетанных трихомонадно-мико-уреаплазменных (9 чел.), хламидийно-мико-уреаплазменных (4 чел.), гонорейно-трихомонадных (2 чел.) и гонорейно-хла-мидийных (2 чел.) инфекций уrogenитального тракта, с осложнениями в виде уретропростатита и простато-везикулита (10 чел.). Из сопутствующих заболеваний отмечались ИБС (2 чел.), сахарный диабет (2 чел.), гепатит (2 чел.), тиреотоксикоз (1 чел.), мочекаменная болезнь (1 чел.).

Аэрозоли назначали на этапе клинико-лабораторного обследования больных на ИППП, распыляя их на кожу головки и крайней плоти полового члена 2 раза в сутки в течение нескольких секунд с расстояния 10–12 см от поверхности кожи. Длительность монотерапии аэрозолями составляла 4–6 дней (до назначения этиотропного лечения ИППП), при необходимости применение аэрозолей продолжали уже на фоне приема антимикробных

препаратов. Оксикорт использовали 12 больных баланопоститами, Полькортолон – 5.

В результате проведенной монотерапии аэрозолями (в среднем на 5 сутки) симптомы воспаления на коже головки и крайней плоти практически регрессировали у всех больных с простой катаральной формой баланопостита, у 7 пациентов с эрозивно-язвенной формой заболевания в эти же сроки отмечалась выраженная позитивная динамика, однако полная эпителизация дефектов кожи наступала, в среднем, на 7–8 день лечения. Следует особенно подчеркнуть значимость системной этиотропной терапии ИППП у больных с эрозивными баланопоститами, так как на ее фоне скорость репаративных процессов значительно возрастала. В то же время, необходимо отметить нецелесообразность назначения этих аэрозолей при лечении ИППП на более длительный срок, так как при применении антибактериальных препаратов воспалительные проявления в указанной анатомической зоне чаще обусловлены развитием микотической инфекции (*Candida albicans*) и, следовательно, топическая терапия баланопоститов в подобных случаях будет ориентирована на применение антимикотиков.

При лечении простых катаральных и эрозивных форм баланопоститов можно также использовать крем 1% Розамет (метронидазол). Спектр действия препарата включает простейшие: *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*; анаэробные грамотрицательные микроорганизмы: бактероиды, включая группу *Bacteroides fragilis* (*B. fragilis*, *B. caccae*, *B. uniformis*, *B. distasonis*, *B. ovatus*, *B. thetaiotaomicron*, *B. vulgatus*); фузобактерии *Prevotella* (*P. bivia*, *P. buccae*, *P. disiens*); анаэробные грамположительные палочки: *Clostridium*, *Eubacterium*; анаэробные грамположительные кокки: *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*. Фармакологическое действие: антибактериальное, антипротозойное, противовоспалительное. Механизм действия связан с разрушением ДНК и ингибацией синтеза нуклеиновых кислот у простейших и анаэробных бактерий.

Мы использовали Розамет у 7 больных (24–43 лет) с простой катаральной (5 чел.) и эрозивной (2 чел.) клиническими формами баланопостита, развившегося на фоне трихомонадной инфекции уrogenитального тракта. Крем с метронидазолом наносили на воспаленные и эрозивные участки кожи головки и крайней плоти тонким слоем 2 раза в день в течение 5 суток во время клинико-лабораторного обследования пациентов на ИППП. Через 5 дней (к моменту назначения этиотропной терапии) катаральные симптомы полностью исчезли у 3 больных баланопоститами и у 2 – значительное

клиническое улучшение. Такая же положительная динамика наблюдалась и у 2 пациентов с эрозивными формами заболевания – ко времени начала антимикробной терапии у них отмечалась выраженная эпителизация эрозий.

В лечение эрозивных и эрозивно-язвенных форм баланопоститов можно с успехом включать 2% крем Аргосульфан, состоящий из серебряной соли сульфатиазола (20 мг), жидкого парафина, цетостеарилового спирта, вазелина, натрия лаурилсульфата, глицерина, пропилигидроксibenзоата, метилгидроксibenзоата, калия гидрофосфата, натрия дигидрофосфата и воды. Сульфатиазол блокирует выработку в микробной клетке фолиевой кислоты, необходимой для синтеза пуринов и пиримидинов. Ион серебра усиливает антимикробное действие сульфатиазола, одновременно ослабляя сенсibiliзирующие свойства сульфаниламида. Ион серебра тормозит рост и деление бактерий путем связывания с ДНК микробной клетки. Гидрофильная основа крема, имеющая оптимальное значение *pH* и содержащая большое количество воды, обеспечивает местное анальгезирующее действие и увлажнение раны, способствует репарации тканей. Препарат наносится на очаги поражения 2–3 раза в день.

Спектр действия 2% крема Аргосульфан достаточно широк и включает различные виды грам (+) и грам (-) микроорганизмов – стафилококки, стрептококки, вульгарный протей, кишечная палочка, клостридии и др.

Мы применяли 2% крем Аргосульфан у 9 больных (24–39 лет) с эрозивной формой баланопостита, развившегося на фоне сочетанных трихомонадно-мико-уреаплазменных (6 чел.), хламидийно-мико-уреаплазменных (2 чел.) и гонорейно-хламидийных (1 чел.) инфекций урогенитального тракта. Препарат назначали на этапе клинико-лабораторного обследования больных на ИППП, смазывая им эрозии на коже головки и крайней плоти полового члена 2 раза в сутки. Длительность монотерапии кремом составляла 4–6 дней (до назначения этиотропного лечения ИППП), при необходимости его применение продолжали уже на фоне приема антимикробных препаратов.

В результате проведенной монотерапии 2% кремом Аргосульфан (в среднем на 6–7 сутки) симптомы воспаления на коже головки и крайней плоти значительно уменьшились у всех больных, полная эпителизация дефектов кожи наступала в среднем на 10 день лечения на фоне приема пациентами различных антибактериальных средств.

При лечении везикулезной формы баланопостита у больных генитальным герпесом с успехом применяется гель защитный Панавир, обладающий выраженной противовирусной

активностью в отношении ВПГ (I, II типов). Гель Панавир проникает через роговой слой кожи в межэпителиальное пространство, образуя в нем долговременный и эффективный защитный комплекс с избирательной пропускной способностью, препятствующей проникновению в глубокие слои дермы различных раздражающих и инфекционных агентов. Гель Панавир обладает также противовоспалительными и регенерирующими свойствами, что обуславливает быстрое восстановление целостности и нормальное функционирование кожи.

Представляет большой интерес эффективность применения у больных с эрозивными и эрозивно-язвенными формами баланопоститов различной этиологии местной иммуномодулирующей терапии препаратом **Гепон**, обладающим выраженными иммуностимулирующими, антибактериальными, антимикотическими и противовирусными свойствами [3].

Гепон относится к группе иммуномодуляторов, показан для повышения эффективности иммунной защиты от инфекций, лечения и профилактики оппортунистических инфекций, вызванных бактериями, вирусами или грибами. Активным компонентом препарата является синтетический тетрадекапептид формулы: Thr-Glu-Lys-Lys-Arg-Arg-Glu-Thr-Val-Glu-Arg-Glu-Lys-Glu. Воздействуя на клетки человека, Гепон изменяет спектр синтезируемых клетками цитокинов. Новый коктейль цитокинов определяет высокую устойчивость клеток человека к инфекциям. Это доказано в культурах клеток человека, инфицированных *in vitro* вирусами энцефаломиокардита, простого герпеса 1 типа, простого герпеса 2 типа, вирусом гепатита С.

Через изменение спектра синтезируемых цитокинов Гепон повышает функциональную активность клеток человека. Такое действие на фибробласты и эпителиальные клетки приводит не только к повышению устойчивости эпителиальных покровов к инфекциям, но и к повышению способности эпителиальных покровов к регенерации (заживление эрозий, язв, ран).

Повышая функциональную активность клеток иммунной системы, Гепон активизирует иммунную защиту организма. В частности, Гепон индуцирует альфа-, бета- и гамма-интерфероны, активизирует нейтрофильные гранулоциты, привлекает моноциты (макрофаги) в зону воспаления, усиливает синтез антител против антигенов инфекционной природы. Препарат значительно повышает эффективность иммунной защиты от инфекций и, в частности, от условно-патогенных (оппортунистических) инфекций. У

больных с ослабленным иммунитетом Гепон частично или полностью восстанавливает количество иммунокомпетентных клеток в истощенных популяциях лейкоцитов и лимфоцитов, повышает ослабленные функции отдельных звеньев иммунитета и иммунной системы в целом.

Гепон легко всасывается с клеток эпителия кожи и слизистых оболочек и поэтому с его помощью можно эффективно активировать местный иммунитет, точнее, можно эффективно повышать способность тканей к защите от инфекции и к регенерации. В отличие от Гепона, большинство иммуномодуляторов не применяется местно, а оказывает свое действие лишь при системном введении. Гепон подавляет репликацию вирусов в условиях культуры клеток *in vitro*. Это свидетельствует о способности препарата тормозить вирусную инфекцию непосредственно в инфицированных клетках. В условиях организма противовирусное действие Гепона складывается из двух составляющих. Во-первых, препарат прямо тормозит репликацию вируса в инфицированных клетках. Во-вторых, он активирует механизмы иммунной защиты от вирусной инфекции: синтез антител, клетки-киллеры, нейтрофилы, моноциты и др. [3].

Мы использовали Гепон – лиофилизированный порошок по 0,002 г. во флаконах производства ООО «Иммафарма» (Россия) для местного лечения в виде примочек у 18 пациентов с эрозивно-язвенными формами баланопоститов, развившихся у больных ИППП преимущественно трихомонадной (10 чел.) и сочетанной трихомонадно-мико-уреаплазменной этиологии (8 чел.). Примочки проводились следующим образом: 2 мг препарата растворяли в 5 мл физиологического раствора, стерильные марлевые салфетки, смоченные раствором Гепона, прикладывались к участку эрозии или к язве на 3–5 минут, после чего процедуру повторяли. Общая продолжительность примочек составляла 20 минут, 1 раз в день, на курс – 5 процедур. В результате местной монотерапии Гепоном (примочки) эпителизация эрозий наступала в большинстве случаев через 4–5 дней (см. табл. 2).

Таблица 2. Эффективность местного лечения Гепоном в виде примочек у больных с эрозивно-язвенными формами баланопоститов

Сроки эпителизации эрозий и язв (сутки)	1	2	3	4	5	6	7
Количество пациентов	0	1	3	5	5	3	1

Применение различных лекарственных препаратов из разных фармацевтических групп

для примочек в местной терапии баланопоститов, особенно эрозивных и эрозивно-язвенных клинических форм – довольно распространенный метод их лечения. В лечебно-профилактических учреждениях России больным баланопоститами часто назначаются примочки с 0,25–0,5% растворами азотнокислого серебра, 0,01–0,05% водного раствора хлоргексидина биглюконата (мирамистин, интим-спрей и др.), растворами фурациллина, перманганата калия, борной кислоты и др.

Мы хотим поделиться результатами собственных наблюдений за эффективностью применения раствора Флюкостата (флуконазол) в виде примочек у больных с эрозивными и эрозивно-язвенными формами баланопоститов у больных с сочетанной трихомонадно-кандидозной инфекцией урогенитального тракта.

Примочки с раствором Флюкостата назначались 15 пациентам с эрозиями и язвами на головке и крайней плоти в момент первичного обращения к врачу на этапе клинико-лабораторного обследования на ИППП, при отрицательном результате исследования серума язв в темном поле на бледную трепонему. Примочки применялись по традиционной схеме: стерильные марлевые салфетки, смоченные раствором Флюкостата, прикладывались к участку эрозии или к язве на 3–5 минут, после чего процедуру повторяли, общая продолжительность сеанса примочек составляла 20 минут, кратность сеансов – 2 раза в день, в течение 7 дней.

Флюкостат (флуконазол) – представитель нового класса триазольных антимикотиков, является селективным ингибитором синтеза стеролов в клетке грибов. Препарат активен при микозах, вызванных *Candida spp.*, *Cryptococcus neoformans*, *Microsporium spp.*, *Trichophyton spp.*, *Blastomyces dermatitidis*, *Coccidioides immitis*, *Histoplasma capsulatum*.

Примочки с раствором Флюкостата использовались во время клинико-лабораторного обследования пациентов на ИППП по общепринятой схеме (см. выше).

Таблица 3. Эффективность местного применения раствора Флюкостата в виде примочек у больных с эрозивно-язвенными формами баланопоститов

Сроки эпителизации эрозий и язв (сутки)	1	2	3	4	5	6	7
Количество пациентов	0	0	1	1	4	4	4

Применение примочек с раствором Флюкостата у этой группы больных позволило в большинстве случаев достичь эпителизации

эрозий и язв на 5–7 сутки местного лечения. У 1 больного с язвенным баланопоститом и тяжелой формой сахарного диабета полная эпителизация язв наступила только на 19 день местного лечения Флюкостатом на фоне этиотропной санации выявленных ИППП и при соответствующей глюкокорректирующей терапии, назначенной эндокринологом.

В числе лекарственных средств, применяемых для лечения эрозивных и эрозивно-язвенных форм баланопоститов, обладающих универсальным регенерирующим действием на ткани независимо от этиологии патологического процесса можно выделить мазь (гель) Солкосерил. Препарат выпускается в виде мази – 5% в тубе 20 г и геля – 10% в тубе 20 г. При применении Солкосерила улучшается утилизация кислорода тканями, оптимизируются процессы свободно-радикального окисления, стимулируется пролиферация кератиноцитов и фибробластов, а также миграция фибробластов и синтез коллагена, повышается окислительный метаболизм в митохондриях, инициируется дифференцировка моноцитов в макрофаги.

В местном лечении веррукозных форм баланопоститов, чаще всего инициированных папилломавирусной инфекцией человека, во врачебной практике обычно применяются различные деструктивные методы терапии (химические, физические). Одним из наиболее щадящих и комфортных для пациента можно считать химический метод деструкции остроконечных кондилом Солкодермом – кислотосо-державшим прижигающим раствором, состоящим из нескольких видов кислот (азотной, уксусной, щавелевой, молочной), тригидрата нитрата меди и воды. При локальном применении на пораженных участках кожи Солкодерм приводит к непосредственной прижизненной фиксации и последующей мумификации патологической ткани, с которой препарат вступил в соприкосновение. Действие Солкодерма строго ограничивается местом применения. Мумифицированный струп отпадает через несколько дней после однократной обработки кондилом. Заживление происходит быстро, как правило, без образования рубцов. Аппликация препарата на кондиломатозные очаги производится стеклянным капилляром однократно. При недостаточной мумификации возможна повторная аппликация через 2–4 дня. Площадь обработки составляет до 4–5 см² или 4–5 элементов, при этом используется не более 0,2 мл препарата.

Под нашим наблюдением находилось 20 мужчин с остроконечными кондиломами на коже головки и крайней плоти полового члена и

умеренно выраженными признаками баланопостита. Средний возраст больных составлял 34 года. Ранее (4–6 мес. тому назад) лечились и использовали в терапии кондиломатоза гениталий криодеструкцию – 7, лазерную деструкцию – 3, Ферезол – 5, Суперчистотел – 3 человек, 2 наблюдаемых пациента никакой терапии остроконечных кондилом и баланопостита вплоть до момента нашего осмотра не получали. Одиночные кондиломы имелись у 6, множественные – у 14 больных. Всем больным был назначен Солкодерм. В целях чистоты изучения эффективности местного лечения препарат назначался в виде монотерапии на этапе клинико-лабораторного обследования больных на ИППП по вышеприведенной методике.

В результате местного лечения Солкодермом через 8 дней после однократной аппликации раствора на кондиломы головки и крайней плоти клиническое излечение было констатировано нами у 15 (75%) пациентов, после повторного нанесения Солкодерма положительный результат терапии отмечен еще у 3 человек, у 2 больных исчезновение кондилом произошло после трех последовательных аппликаций препарата с интервалом в 6 дней. Спустя 3 месяца от момента окончания монотерапии Солкодермом рецидивы папилломавирусной инфекции зафиксированы у 3 человек, имевших до лечения множественные кондиломатозные разрастания на головке и крайней плоти.

Последнее обстоятельство заставляет подчеркнуть, что местное лечение остроконечных кондилом также как и баланопоститов, возникающих на фоне клинических проявлений папилломавирусной инфекции, является только паллиативным лечением. Во всех случаях должно выполняться правило «иммунокоррекция+деструкция» и, следовательно, требуется назначение системной иммунокорректирующей терапии с использованием таких препаратов, как, например, Панавир, Иммуномакс, Амиксин и др.

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 уrogenитального тракта, что обуславливает необходимость одновременной санации ИГТПП, как одной из основных причин возникновения и рецидивирования данного заболевания.

Литература

1. Антоньев А. А., Бульвахтер Л. А., Глазкова Л. К., Ильин И. И. Кандидоз кожи и слизистых оболочек / М., «Медицина», 1985.– С. 110–113.
2. Баткаев Э. А., Рюмин Д. В. Опыт лечения баланопоститов кандидозной этиологии препаратом 1% крем «Батрафен» // Вестник последипломного медицинского образования. – 2003. – № 2. – С. 21–22.
3. Баткаев Э. А., Рюмин Д. В., Шаков И. М. «Гепон» в практике лечения герпетической и кандидозно-трихомонадной инфекций урогенитального тракта // Вестн. последипл. мед. образования. – 2003. – № 2.-е. 38–40.
4. Григорьев П. С. / Краткий курс венерических и кожных болезней, «Медгиз», 1946. –С. 30, 134, 135.
5. Каламкарян А. А., Мандель А. Ш., Делекторский В. В., Васильев М. М., Мазина Н. М, Гетлинг З. М. Клиника и лазеро-фотохимиотерапия ксеротического облитерирующего ба-лано-постита // Вестн. дерматол.– 1990, –№ 8. –С. 4–11.
6. Картамышев А. И. / Кожные и венерические болезни, «Медгиз», 1954. – С. 599.
7. Кожные и венерические болезни: Справочник / Под ред. О. Л. Иванова. М.: Медицина, 1997.- 352С.
8. Мавров И. И. Половые болезни: Энцикл.-справ.. – К.: Укр. энцикл.; М.: «АСТ-Прессо», 1994, –480.
9. Машкиллейсон Л. Н. Частная дерматология, М., «Медицина», 1965. – С. 42, 285, 384, 385.
10. Новоселов В. С, Самгин М. А., Монахов С. А., Румянцева К. К. Клиническая эффективность крема «Батрафен» в терапии микотических поражений кожи// Вестн. последипл. мед. образования. – 2003. – № 1. – С. 9–12.
11. Ольховская К. Б. Комплексное лечение больных кандидозным баланитом и баланопоститом // Вестн. дерматол. – 2001. – № 2. – С. 59–60.
12. Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского. –Л.: Медицина, 1990, –416 с. 112–113.
13. Скрипкин Ю. К., Кубанова А. А., Прохоренков В. И., Селицкий Г. Д., Федоров С. М. / Дерматологическая синдромология, Москва-Красноярск, 1998.– С. 24–25.
14. Эдварде С. Баланит и баланопостит: обзор // Заболевания, передаваемые половым путем. – 1997. – № 1. – С. 20–24