

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

**В.В. Крумкачев, О.В. Панкратов**

## **ГЕНИТАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У МУЖЧИН**

Минск, БелМАПО  
2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

**В.В. Крумкачев, О.В. Панкратов**

**ГЕНИТАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У МУЖЧИН**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО  
2022

УДК 616.5:616.66/68(075.9)

ББК 55.83+56.966я78

К 84

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Государственного учреждения образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
протокол №10 от 28.11.2022

**Авторы:**

*Крумкачев В.В.*, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии  
БелМАПО кандидат медицинских наук, доцент

*Панкратов О.В.*, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии  
БелМАПО доктор медицинских наук, профессор

**Рецензенты:**

*Яромич В.И.*, врач-дерматовенеролог (заведующий отделением)  
амбулаторно-дерматовенерологическим отделением №4 УЗ «Минский  
городской клинический центр дерматовенерологии»

*Кафедра* кожных и венерических болезней УО «Белорусский  
государственный медицинский университет»

**Крумкачев В.В.**

К 84 Генитальные дерматозы у мужчин : учеб.-метод. пособие /  
В.В. Крумкачев, О.В. Панкратов. – Минск : БелМАПО, 2022. – 37 с.

ISBN 978-985-584-784-8

В учебно-методическом пособии отражены вопросы клиники, диагностики  
и лечения генитальных дерматозов у мужчин.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей,  
осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по  
специальностям «Дерматовенерология» (дисциплина «Инфекции, передаваемые  
половым путем»), повышения квалификации врачей-дерматовенерологов,  
врачей-урологов, врачей-онкологов, врачей общей практики, а также  
клинических ординаторов и аспирантов.

УДК 616.5:616.66/68(075.9)

ББК 55.83+56.966я78

ISBN 978-985-584-784-8

© Крумкачев В.В., Панкратов О.В., 2022

© Оформление БелМАПО, 2022

## ВВЕДЕНИЕ

Традиционно заболевания наружных половых органов разделяются на венерические и невенерические. И, если венерическим заболеваниям уделяется пристальное внимание во всех руководствах и в процессе преподавания, то невенерические заболевания наружных гениталий рассматриваются вскользь в разделе дерматологии. Этого недостаточно, так как наружные половые органы имеют специфическую анатомию, физиология и, соответственно, патологию, знание которой необходимо в повседневной практике врачей многих специальностей.

Невенерические заболевания кожи половых органов встречаются в клинической практике врачей различных специальностей: дерматовенерологов, урологов, онкологов, инфекционистов, врачей общей практики.

К сожалению, не существует единой общепризнанной классификации заболеваний кожи половых органов у мужчин, и при изложении материала мы использовали предложенное в руководстве Фицпатрика.

Настоящее учебно-методическое пособие посвящено описанию наиболее часто встречаемых форм поражения кожи половых органов у мужчин, не связанных с инфекциями, передаваемыми половым путем. При рассмотрении лечения заболеваний наибольшее значение было уделено описанию местного лечения, поскольку общие принципы терапии дерматозов, локализующихся на половых органах, не имеют значительных отличий при локализации на других участках кожи.

Имеется необходимость лечения и диспансерного наблюдения воспалительных заболеваний кожи гениталий мужчин, поскольку они доставляют физический, психологический и сексуальный дискомфорт, могут приводить к снижению качества жизни, новообразованиям кожи.

*Классификация заболеваний полового члена  
(Дерматология Фитцпатрика в клинической практике, 2012г):*

- Варианты нормы.
- Инфекционные дерматозы.
- Дерматозы с предпочтительной локализацией на мужских половых органах.
- Первичные генитальные дерматозы у мужчин.
- Недерматологические заболевания, дизестезия и хронические болевые синдромы.
- Предраковые заболевания и опухоли.

## **ВАРИАНТЫ НОРМЫ**

### **Жемчужные папулы полового члена (ангиофибромы)**

Можно обнаружить у 15-48% мужчин, представляют собой красновато-розовые, гладкие, округлые папулы (от 1 до 3 мм), которые располагаются вокруг венечного края полового члена, редко на его головке.

Гистопатологически выявляется ангиофиброма, причем очаг аналогичен другим акральным ангиофибромам.

Пациента следует успокоить, папулы склонны к разрешению после 40 лет и хотя лечение не требуется, описано применение криотерапии и лазера.

### **Меланоцитарный невус**

Чаще встречаются у пациентов с синдромом атипичного невуса.

Расщепленный или «целующийся» невус – одна половина на головке полового члена, а другая – на дистальном участке, обе части разделяет венечная область. Аналогичный невус встречается на веках. Очень редко наблюдается эпителиоидный голубой невус гениталий.

### **Выступающие вены**

Выступающие вены являются распространенным явлением и лишь иногда вызывают тревогу, но в очень редких случаях они могут стать причиной осложнений.

## Гиперплазия сальных желез

Выступающие сальные железы, тизоновы железы, гиперплазия сальных желез и «эктопические» сальные железы (Фордайса) в основном эквивалентные состояния, которые являются распространенным вариантом нормы на коже мошонки и тела полового члена. Пациентов следует успокоить.



**Рисунок 1** – Гиперплазия сальных желез (W. Grube)

## Ангиокератома

Ангиокератомы **Фордайса** чаще встречаются на половых органах у мужчин (где вместе с гиперпластическими сальными железами иногда обозначаются как *пятна Фордайса*, что приводит к путанице).

Представляют собой голубые или лиловые гладкие папулы размером от 2 до 5 мм, которые располагаются на мошонке, теле или головке полового члена (рисунок 2). В течение жизни они обычно появляются как множественные высыпания, но иногда могут быть и единичными. Ангиокератомы иногда кровоточат после травмы, их можно ошибочно принять за невус, меланому или саркому Капоши.



**Рисунок 2** – Ангиокератомы Фордайса (dermatology.ru, наблюдение Агапова С.А.)

Ангиокератомы при **болезни Фабри (диффузные ангиокератомы туловища)** меньше обычных ангиокератом, имеют форму менее гиперкератотических очажков размером с булавочную головку и более диссеминированы в области пояса нижних конечностей и верхней части бедер.

**Дерматоскопический метод** подтверждает сосудистую природу элементов. Для ангиокератомы Фордайса характерны такие дерматоскопические паттерны, как **лакуны, белесоватая «вуаль», эритема**. Лакуны определяются как резко отграниченные овальные или круглые структуры красного, или темно-синего цвета. По интенсивности окраски

лакуны можно судить о выраженности тромбоза сосудистого пространства. Эффект белесоватой «вуали» в ангиокератомах обусловлен гиперкератозом и акантозом, перекрывающим сосудистые пространства сверху. Вследствие воспаления и экстравазации эритроцитов может наблюдаться диффузная или периферическая эритема [2].

Рекомендуются электрокаутеризация или лазерная абляция, однако очаги могут рецидивировать.

## Эпидермоидные кисты

Множественные или единичные папулы на коже мошонки (рисунок 2А). При гистологическом исследовании соответствуют любым эпидермоидным кистам с выстилкой, выглядящей как нормальный эпидермис, и центром, заполненным кератином [10].



Рисунок 2А – Эпидермоидные кисты мошонки (адаптировано Hall A. [19])

## Инфекционные дерматозы ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

### Генитальный герпес

Клинические проявления на коже и слизистых оболочках: эритема, пузырьки, эрозивные и язвенные дефекты на гениталиях, образованию которых предшествуют зуд, жжение, болезненность. Для диагностики применяют ПЦР на ДНК вируса простого герпеса 1 и 2 типов, цитологическое исследование мазка-отпечатка (выявляются увеличенные, многоядерные кератиноциты («баллонные» или «беременные» клетки). Более подробная информация представлена в ранее изданных руководствах [13, 11].

*Лечение:* ацикловир, валацикловир, фамцикловир.

### Вирусные бородавки

Инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ) является фактором риска **рака аногенитальной области**, особенно рака шейки матки и анального отверстия. Клинически невыраженные пенильные бородавки могут проявляться как баланопостит. **Остроконечные кондиломы** представляют собой фиброэпителиальные образования на поверхности кожи

и слизистых, с тонкой ножкой, реже – широким основанием в виде одиночного узелка или в форме множественных выростов, напоминающих цветную капусту или петушинные гребни; безболезненны; размеры варьиабельны; при мацерации поверхность их становится ярко-красной и легко кровоточит при травмировании.

ВПЧ ассоциирован с клиническими проявлениями карциномы полового члена *in situ* (**болезнью Боуэна, эритроплазией Кейра или бовеноидным папулезом**), примерно с 50% случаев плоскоклеточной карциномы полового члена. При генитальных бородавках у ВИЧ-положительных пациентов была обнаружена дисплазия высокой степени в сочетании с типами ВПЧ высокого риска.

**Цели лечения:** излечение или ремиссия бородавок; облегчение симптомов (диспареунии); обеспечение меньшей выраженности побочных эффектов или осложнений лечения, чем выраженность симптомов или риска бородавок; минимизация заболеваемости и смертности от рака шейки матки у партнеров-женщин; минимизация заболеваемости и смертности от карциномы полового члена *in situ* и инвазивного рака.

#### **Методы лечения генитальных бородавок.**

**Имиквимод крем 5% (Алдара).** Крем наносится тонким слоем на предварительно очищенную поверхность кондиломы и аккуратно втирается в кожу до полного впитывания. Наносится 3 раза в неделю перед сном, и оставляется на коже, приблизительно, на 6-10 ч, по прошествии этого периода крем необходимо смыть водой с мягким мылом. Лечение следует продолжать до исчезновения видимых генитальных или перианальных кондилом, но не более 16 недель.

**Химические методы деструкции. Солкодерм** 0,2 мл в ампулах – аппликация стеклянным капилляром однократно; при неудовлетворительной мумификации возможна повторная аппликация через 2-4 дня; площадь обработки до 4-5 см<sup>2</sup> или 4-5 элементов, используется не более 0,2 мл препарата (рисунок 3).

**Ферезол** раствор 10,0 мл во флаконе – аппликация 1 раз в неделю, процедура проводится в течение 10 мин и более, повторно раствор используют по мере высыхания; площадь обработки не более 20 см<sup>2</sup>; количество процедур до 2-5. **Трихлоруксусная кислота** 80-90% раствор – аппликация 1 раз в неделю; количество процедур до 6, при отсутствии терапевтического эффекта применяются другие методы деструкции. **Подофиллотоксин** 0,5% раствор и 0,15% крем. Каждый курс лечения подофиллотоксином включает применение 2 раза в день в течение 3 дней,



затем 4 дня отдыха. Эффективность – 36-83% после использования 0,5% раствора подофиллотоксина в течение 3-6 недель.



А

Б

В

**Рисунок 3** – Результаты лечения множественных остроконечных кондилом полового члена Солкодермом (наблюдение проф. О.В. Панкратова):

А) до лечения; Б) сразу после первой обработки (обработанный участок белого цвета); В) результат лечения через 7 дней

**Физические методы деструкции.** *Криотерапия* имеет преимущества простой, недорогой процедуры, редко вызывает образование рубцов или депигментации. Применяется 1 раз в неделю. *Снег угольной кислоты.* Криодеструкция достигается однократной аппликацией снега углекислоты, спрессованного термокаутерами различных диаметров (0,2-1,0-2,0 см и более) в течение 10-30 сек. При необходимости повторная процедура через 1-2 недели. Площадь обработки до 5 см<sup>2</sup> или 4-5 элементов. *Плазменная коагуляция.* Сжигание достигается бесконтактным методом плазмой с температурой 2000-2500°С; количество процедур 1-3 под местной анестезией лидокаином. *Диатермокоагуляция.* Электрохирургическое иссечение бородавок под местной анестезией лидокаином достигается однократной процедурой; площадь обработки до 5 см<sup>2</sup> или 4-5 элементов. *Лазерная коагуляция* углекислым лазером или неодимовым лазером бородавки достигается однократной процедурой.

**Иммуномодулирующая противовирусная терапия** проводится амиксином, интерфероном, иммуномаксом, эпиген-спрем, панавиром, азоксимера бромидом (полиоксидоний).

## Контагиозный моллюск

У взрослых мужчин может передаваться половым путем, у детей очаги на половых органах обычно вызваны аутоинокуляцией. Нередко очаги множественные. На фоне ВИЧ-инфекции – гигантские или полипоидные.

**Дифференциальный диагноз:** широкие кондиломы (вторичный сифилис), плоский лишай, вирус простого герпеса, бовеноидный папулез.

**Клиника:** плотные восковидные безболезненные узелки телесного, розового или розовато-бурого цвета с блестящей поверхностью величиной от 2 до 5 мм в диаметре, полушаровидной формы с пупковидным углублением в центре (рисунок 4А).



А



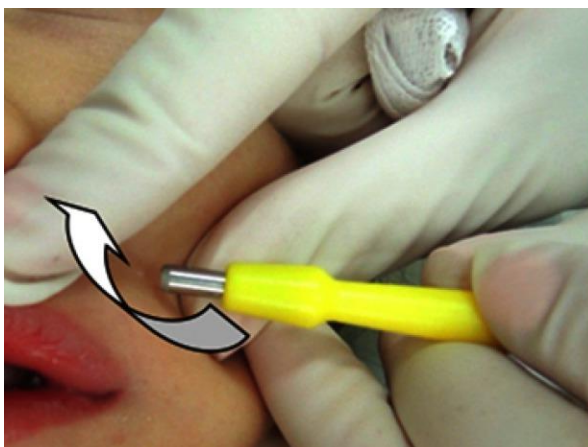
Б

**Рисунок 4** – Контагиозный моллюск: А – клинические проявления (<http://www.dermatology.ru>, наблюдение Агапова С.А.); Б – дерматоскопия

При сдавливании узелков пинцетом из центрального углубления выделяется белая крошковатая масса. Высыпания обычно стойкие, но могут исчезать спонтанно. **Дерматоскопическая картина.** Нозоспецифический признак – **красная корона** (венчик из расширенных капилляров вокруг очага поражения); **центральное вдавление** в виде бело-желтых аморфных структур, расположенных в центре элемента (рисунок 4Б).

**Лечение.** Инфекция у иммунокомпетентных пациентов, как правило, самоограничивается и разрешается самостоятельно в пределах 6–9 месяцев. Рекомендуются общие меры для предотвращения распространения: не царапать и не тереть поражения; кроме того, пациенты не должны пользоваться общими полотенцами, ванной или банными принадлежностями [20].

**Кюретаж, криотерапия** считаются методами терапии первой линии в связи с их популярностью и установленной эффективностью для разрешения ограниченных поражений. **Кюретаж** является эффективным методом и включает в себя физическое удаление поражений кожи – можно выполнить с помощью кюретки, дермапанча (рисунок 5). Для уменьшения боли местное применение EMLA (может потребоваться за 1 час до процедуры). Кюретаж может вызвать боль, кровотечение и образование рубцов. После выскабливания можно нанести местно повидон-йод. Для местного применения повидон-йода предлагается схему 3 раза в день до разрешения кожных поражений.



**Рисунок 5** – методика кюретажа (адаптировано Meza-Romero R. [20])

Недостатками **криотерапии** являются возможность образования пузырей, рубцевания и поствоспалительной гипо- или гиперпигментации [20]. Другим полезным механическим методом является импульсная лазерная терапия на красителях [20].

**Химические методы.** Кантаридин (в РФ не зарегистрирован) является местным средством, ингибитором фосфодиэстеразы, который вызывает образование внутриэпидермального волдыря с последующим разрешением поражения и заживлением без рубца в некоторых случаях. На лице и аногенитальной области его следует использовать с осторожностью из-за риска бактериальной суперинфекции волдырей [20].

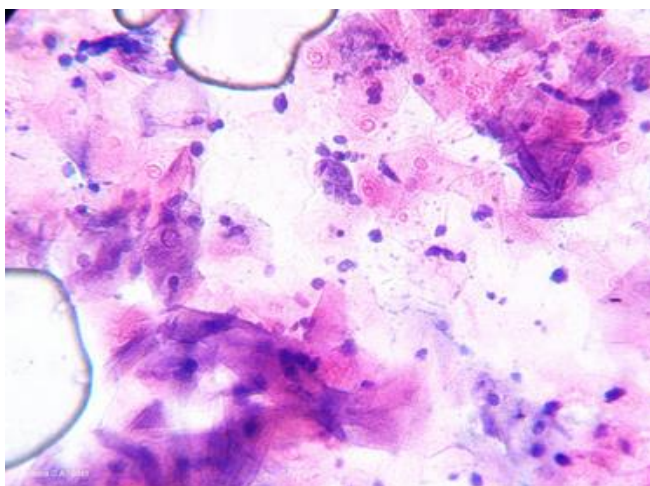
В литературе были описаны некоторые виды терапии второй линии, в том числе: имиквимод (Алдара), подофиллин, гидроксид калия, салициловая кислота, топические ретиноиды, оральный циметидин, импульсные лазеры на красителях и нитрат серебра. Регресс резистентных поражений у ВИЧ-положительных пациентов был достигнут за счет использования внутривенного цидофовира, нуклеотидного аналога дезоксицитидина монофосфата [21].



## Кандидоз

Наиболее распространенным инфекционным баланопоститом считается кандидозный, который вызывается одним из видов грибов рода *Candida*, как правило, *Candida albicans*. Клиническими проявлениями кандидозного баланопостита являются покраснение и зуд в половом члене с генерализованной эритемой головки и/или крайней плоти, которые приобретают сухую поверхность с лакированным блеском и эрозивные белые папулы, белый налет. У больных сахарным диабетом клиническая картина может быть более тяжелой – с наличием отека и изъязвления крайней плоти.

Обязательными лабораторными диагностическими мероприятиями по идентификации грибов рода *Candida* являются обнаружение псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток при микроскопическом исследовании, а также роста колоний грибов при культуральном исследовании. В качестве альтернативного способа диагностики в последние годы предложен метод ПЦР. К дополнительным исследованиям относят обследование на ИППП, клинические анализы крови и мочи, анализы крови на глюкозу, ВИЧ. Для диагностики кандидоза предлагается использовать *эозин-чернильный тест* [22]. Суть метода – на очаг с помощью ватной палочки наносится раствор (эозин+чернила), материал собирается с помощью скотча (клейкой ленты) – чернила прокрашивают клетки грибов в синий (черный) цвет, эпителий в розовый цвет, что значительно упрощает исследование и помогает избежать диагностических ошибок (рисунок 6). Необходимо помнить, что кандиды – это оппортунистическая инфекция и лабораторное их обнаружение не требует лечения при отсутствии клиники.



А

Б

**Рисунок 6** – Кандидозный баланопостит: А – клинические проявления; Б – эозин-чернильный тест, дрожжеподобные клетки синего цвета (<http://www.dermatology.ru>, наблюдение Агапова С.А.)

Необходимо одновременно проводить лечение половых партнеров и использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах в период терапии. Местное лечение включает туалет головки полового члена и крайней плоти (растворы хлоргексидина 0,05%, мирамистина 0,01%, цитеал). Местные антимикотики применяют 2 раза в сутки в течение 2 недель. В настоящее время из системных препаратов предпочтение отдают терапии одной дозой (150 мг) флуконазола. При рецидивирующем течении заболевания необходимо проведение культивирования для определения вида грибов рода *Candida* и чувствительности к антимикотикам.

## **Цирцинарный баланит как проявление синдрома Рейтера**

Характеризуется поверхностными ярко-красными эрозиями, склонными к слиянию в большие фестончатые и резко отграниченные очаги, иногда изъязвляющиеся. Окружающая кожа может краснеть и инфильтрироваться, вызывая типичное проявление болезни Рейтера.

## **ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

### **Лобковый педикулез (фтириаз)**

Тяжелый зуд гениталий при отсутствии других значительных симптомов. При внимательном исследовании лобковых волос с помощью лупы будут обнаружены лобковые вши (размером 1-2 мм) у основания отдельных волосков. Иногда на пораженных участках наблюдаются серо-синие пятна (*maculae caeruleae*).

### **Чесотка**

**Зуд**, который не дает пациентам уснуть по ночам. Характерная **сыпь**.

У некоторых пациентов при длительном течении чесотки у пациентов, уже перенесших чесотку, но, либо получавших неадекватное лечение, либо имеющих осложнения в виде вторичной экземы или узлов, зуд может присутствовать только в аногенитальной области.

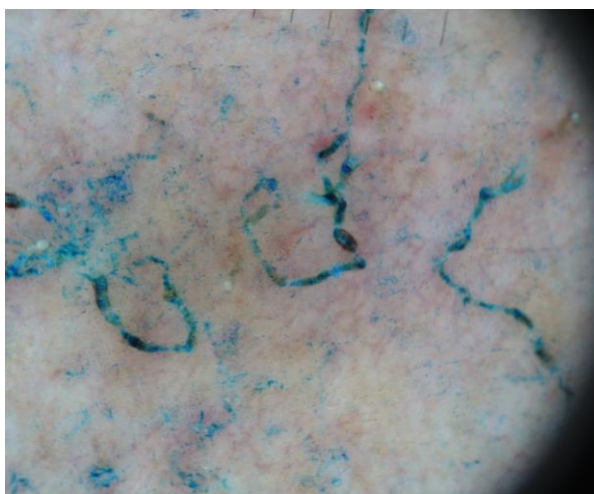
Нередко у пациентов, получивших полноценное лечение по поводу чесотки, на закрытых участках кожи (у мужчин – это мошонка, половой член, ягодицы и лобок, реже подмышечные ямки) формируются **красновато-бурые зудящие папулы под чесоточными ходами**. Узелки отличаются **исключительной резистентностью к проводимой противочесоточной терапии** и они получили название «постскабиозная лимфоплазия кожи».

Помощь в выявлении чесоточных ходов может оказать окрашивание элементов сыпи с помощью красителей (анилиновых, йода, чернил) и применение дерматоскопии (рисунок 7).

**Лечение.** Бензилбензоат, серная мазь, спрегаль.



А



Б

**Рисунок 7** – Чесотка: А – клинические проявления лимфоплазии (<http://www.dermatology.ru>, наблюдение Данильчука Ю.Р.);  
Б – дерматоскопия покрашенных чесоточных ходов

## **ДЕРМАТОЗЫ С ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ**

### **Витилиго**

Часто поражает половые органы у мужчин и может быть единственным местом поражения. Часто встречаются и перианальные очаги. Целесообразен осмотр под *лампой Вуда*. Это обследование помогает отличить картину чисто белых пятен амеланотического витилиго от желто-белой или серо-белой окраски высыпаний при похожих заболеваниях с гипомеланозом. Имеются сообщения об успешном лечении генитального витилиго трансплантации аутологичных культивированных меланоцитов.

**Лечение.** Продолжительность терапии топическими ГКС (**ТГКС**) при расположении очагов поражения на аногенитальной области должна быть не более 2-х месяцев. После 2-месячного перерыва при отсутствии выраженных побочных эффектов можно продолжать применение ТГКС. ТГКС эффективны при несегментарной форме витилиго, а при сегментарной форме эффекта обычно не наблюдается. Прекращение применения КС даже после полной репигментации часто приводит к исчезновению репигментных пятен и рецидиву заболевания. Местные иммуномодуляторы в виде монотерапии

способны вызывать репигментацию витилигинозных очагов. Детям (от 7 до 14 лет) смазываются очаги поражения 0,03%, а взрослым – 0,1% мазью *такролимус* и 1% кремом *пимекролимус* 2 раза в день. Длительность лечения составляет от 1 до 5 месяцев. Имеется очень много сообщений об использовании **кальципотриола** при лечении витилиго. [12]. Разработан гидрогель «*Витискин*», относящийся к средствам ухода. Содержит СОД-комплекс (супероксид дисмутаза, редуктаза, каталаза), витамин В<sub>12</sub>, пантотенат кальция, цинк и ацетат меди, обладающий антиоксидантным действием. Сходными свойствами обладает гель «*Витикс*» (Vitix), наносимый 2 раза в день, 6-12 месяцев и более.

## Себорейный дерматит

Диагноз себорейного дерматита устанавливается, если в сочетании с классическими симптомами и экстрагенитальными проявлениями наблюдается неспецифический псориазиформный или экзематозный баланит (рисунок 8).

В настоящее время себорейный дерматит обуславливается грибом рода *Малассезия* на предрасполагающем себорейном фоне.



Рисунок 8 – Себорейный дерматит

Для наружного лечения применяют ТГКС в сочетании с антимикотиками (тридерм, триакутан, пимафукорт, неодерм, травокорт, миконазол и др.).

## Псориаз

Псориаз **самый распространенный дерматоз** аногенитальной области у мужчин, где он развивается изолированно, или в сочетании с экстрагенитальным заболеванием (рисунок 9). **Феномен Кебнера** является, вероятно, фактором, влияющим на эту предпочтительную локализацию.

Локализация псориаза в области наружных половых органов особенно негативно влияет на сексуальные отношения, что отрицательно сказывается на психологическом состоянии пациентов и ухудшает их качество жизни [10, 18].





А

Б

**Рисунок 9** – Псориаз: А – клинические проявления псориаза на половом члене; Б – «симптом рассыпанного красного перца» при дерматоскопии (<http://www.skinmaster.ru>, наблюдение В.Ю.Сергеева)

Могут поражаться волосистая часть кожи головы, уши, область пупка и лицо (при себопсориазе), кроме того, может возникать поражение аногенитальной области. Псориатический баланопостит может быть компонентом инверсного псориаза. У мужчин, подвергшихся обрезанию, псориаз проявляется зудящими *эритематозными пятнами или бляшками с серебристыми чешуйками*. У необрезанных мужчин на головке полового члена и в препуциальном мешке шелушение пятен и бляшек.

Обычно диагноз псориаза устанавливается по клиническим данным. **Болезненность** может указывать на **суперинфекцию**, особенно кандидозную. Выраженный зуд вызывает подозрение на другой дерматоз, в частности **экзематизированный дерматит** или **дерматофитию**. При наличии единичных очагов может потребоваться биопсия для исключения баланита Зоона, плоского лишая, эритроплазии Кейра, саркомы Капоши.

**Дерматоскопия** при псориазе выявляет характерный для псориаза ангиогенез, описанный как симптом «рассыпанного красного перца» (В.Ю.Сергеев и авт., 2009 г., рисунок 8). Красные точки при более высоком увеличении представляли собой однородно устроенные **извилистые и расширенные капилляры**, расположенные более густо, чем в здоровой коже (значительное увеличение капиллярных петель на единицу поверхности).

**Местное лечение** базируется на применении смягчающих средств (эмолентов), топических кортикостероидов низкой и средней степени активности, ингибиторов кальциневрина [8]. При резистентный к лечению



случаях с целью индукции ответа возможно кратковременное применение ТКГС высокой активности. При длительном применении сильнодействующих местных стероидов необходимо учитывать **риск атрофии**. Применение **дигтанола** может привести к ожогу, поэтому его обычно в той области не применяют. Аналоги **витамина D** и **ингибиторы кальциневрина** представляются безопасными, однако врач должен быть уверен в отсутствии карциномы полового члена *in situ*.

**Тяжелый** аногенитальный инверсный псориаз является показанием для **системного лечения**. **Фототерапия** обычно **противопоказана** из-за риска рака аногенитальной области. Хронический аногенитальный псориаз и его лечение могут явиться факторами риска плоскоклеточного рака аногенитальной области.

## Красный плоский лишай

Плоский лишай может проявляться и оставаться локализованным на плечевом поясе, нижних конечностях, в области гениталий, в том числе в паху и на перианальной коже. Гениталии – типичная локализация плоского лишая, что, вероятно, частично объясняется феноменом Кебнера. Может поражаться только половой член (также как полость рта и анус), как причина или следствие дисфункции крайней плоти (путем «кебнеризации»), что проявляется в виде диспареунии и неспецифического дерматоза. Фиолетовые **папулы** и **бляшки** с белыми «кружевными» чешуйками (рисунок 10) могут присутствовать и на других участках тела.



**Рисунок 10 – КПЛ**  
(наблюдение Драгуна Г.В.)

Плоский лишай – двенадцать «П»:

1. **Папулы;**
2. **Плоские;**
3. **Полигональные;**
4. **Пруритические;**
5. **Пурпурные**
6. **с Перламутровым блеском;**
7. **с Пупкообразным вдавлением;**
8. **с Пигментацией вторичной;**
9. **на Передней поверхности;**
10. **Половые органы;**
11. **Полость рта;**
12. **Преканцер.**

Также как при экстрагенитальной локализации, заболевание в редких случаях может быть **эрозивным**. Хронический слизистый **эрозивный** плоский лишай связан с **риском плоскоклеточной карциномы**, хотя большинство сообщений о сочетании этих заболеваний касаются плоского лишая полости рта.

*Лечение проводится в соответствии с клиническим протоколом [8]. Местные кортикостероиды с высокой и очень высокой фармакологической активностью обычно позволяют добиться ремиссии и являются препаратами первой линии. Пациентов необходимо предупредить о поствоспалительной гиперпигментации. Системные кортикостероиды назначаются:* в случае тяжелого симптоматического заболевания, комбинированного эрозивного поражения полости рта и гениталий, рубцевания волосистой части кожи головы и поражения ногтей.

**При фимозе** – обрезание. Обрезание рекомендуется и в случае торпидного заболевания, особенно в эрозивной форме, поскольку устранение влияния феномена «кебнеризации» может привести к ремиссии плоского лишая. Токсичность и отсутствие эффекта системной терапии для лечения этого тяжелого симптоматического заболевания являются сильными аргументами в пользу обрезания.

## Кольцевидная гранулема

Описаны эритематозные, гладкие папулы гранулемы на половом члене. Возможно, они связаны с травмой и кебнеризацией, поскольку обрезание может привести к излечению.

## Эритема мигрирующая некролитическая

Некролитическая мигрирующая эритема иногда локализуется на мужских половых органах в форме пятна или болезненного кольцевидного эритематозного высыпания с блестящей поверхностью в центре и серпигинозным краем в окружении чешуек. Это характерное **кожное проявление синдрома глюкоганомы**. Достоверным диагностическим критерием заболевания является значительное повышение уровня глюкогона первой и второй фракции – от 510 до 9600 пг/мл (норма 50–150 пг/мл). Для установления диагноза используются ультразвуковое исследование, селективная ангиография, компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография, тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли поджелудочной железы. Паранеопластическую природу поражения кожи позволяет подтвердить повышение уровня раково-эмбрионального антигена, хорионического гонадотропина, развитие гипоаминоацидемии, уменьшение уровня цинка в плазме крови [23].

## Болезнь Бехчета

**Системный васкулит**, который может поражать многие органы, поэтому возможны его многообразные проявления и осложнения.

1. **Язвы на половых органах** у мужчин болезненные, боль иногда очень сильная и этот симптом может помочь в диагностике. Язвы возникают на любом участке аногенитальной области, включая мошонку и кожу промежности. Такие язвы больше, глубокие и реже рецидивируют, чем язвы в полости рта (рисунки 11 и 12).



А



Б

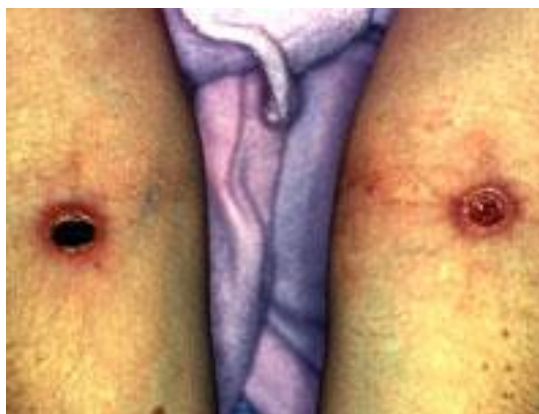
**Рисунок 11** – Болезнь Бехчета: А – язвы полости рта; Б – язва крайней плоти

Диагностика болезни Бехчета проводится согласно диагностическим критериям [1]:

- офтальмологические симптомы.
- язвы в полости рта.
- изъязвления на половых органах или положительный результат теста на патергию

5. Лечение проводится в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями. Для лечения применяются ГКС для системного применения, цитостатические иммунодепрессанты (азатиоприн, циклофосфамид). При изолированных язвах во рту или на гениталиях возможно локальное применение топических ГКС.

Для диагностики болезни Бехчета имеет значение тест «патергии»: подкожно стерильной иглой делается инъекция, через 24–48 ч в месте инъекции появляется высыпание размером 3–10 мм.



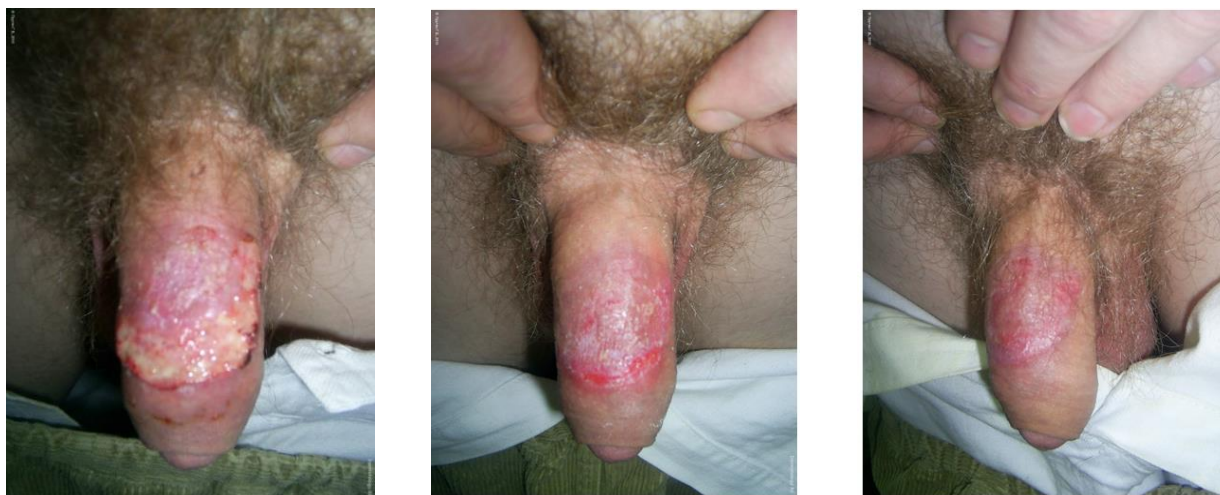
**Рисунок 12 – Патергия –**  
язвообразование в месте забора крови

## **Рубцующий пемфигоид**

Редкое заболевание, которое включают в дифференциальный диагноз пузырей, эрозий, язв, трансвенечных спаек, рубцов и фимоза. Эти проявления могут встречаться изолированно, однако поражения глаз, ротоглотки и кожные очаги наблюдаются чаще, чем поражение половых органов. Прямая иммунофлюоресценция обычно дает положительные результаты: определяются депозиты IgG и компонент комплемента C3 в lamina lucida базальной мембраны.. Локализованная форма заболевания может успешно лечиться путем местного использования ТГКС. Парентеральное введение кортикостероидов используется при распространенных формах. Можно применять дапсон. Иммунодепрессанты (азатиоприн, метотрексат) назначают при отсутствии ответа на лечение дапсоном, глюкокортикоидами для системного применения дополнительно к глюкокортикоидам или в виде монотерапии (по решению врачебного консилиума) [9].

## **Гангренозная пиодермия**

Редкое явление, часто не диагностируют или распознают поздно, поскольку предполагают инфекции или рак (рисунок 13). В настоящее время рассматривают как аллергический васкулит. Может представлять собой патергическую реакцию после урологических вмешательств, либо осложнять воспалительное заболевание кишечника или лейкоз. Лечение должно быть интенсивным, чтобы избежать перманентного повреждения уретры и эректильных тканей.



А

Б

В

**Рисунок 13** – Гангренозная пиодермия: А – язва ствола полового члена;  
 Б – 12 суток лечения преднизолоном в начальной дозе 75 мг;  
 В – полное рубцевание язвы за 25 дней (<http://www.dermatology.ru>,  
 наблюдение Прутян Г.В.)

## Медикаментозная токсидермия

Половой член является классическим местом локализации стойкой медикаментозной токсидермии (**фиксированной эритемы**).

Характеризуется **внезапным появлением зудящих, болезненных, отечных папул, в центре которых иногда образуется пузырь, эрозия или изъязвление** (рисунок 14).

Поствоспалительная гиперпигментация бывает стойкой. При первом воздействии лекарственного вещества высыпания могут появиться через 1-2 недели, а иногда возникают через несколько часов после приема препарата.

**Диагностический признак:** рецидивы, возникающие на одном и том же месте, каждый раз после приема лекарства, или же положительные результаты провокационных тестов.

Главная цель лечения – выявление этиологического агента для исключения его использования в дальнейшем.





А

Б

**Рисунок 14** – Фиксированная эритема  
(<http://www.dermatology.ru>, наблюдение Г.В. Драгуна)

## *ПЕРВИЧНЫЕ ГЕНИТАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У МУЖЧИН*

### **Меланоз и лентигиноз полового члена**

Доброкачественные пигментные пятен на половом члене – синонимы – пенильный меланоз, пенильные меланотические пятна и пенильные пятна с атипичной пигментацией.

Большинство случаев пигментации представляют собой поствоспалительную гиперпигментацию вследствие предшествующего заболевания или травмы: фимоза, баланопостита, местного лечения, склеротического лишая, плоского лишая, обрезания. Важным элементом данного состояния является некоторая степень **депигментации в прилегающей к очагу области.**

Следует учесть возможность синдрома Аддисона или Нельсона, лентигинозного синдрома Пейтца-Егерса, LAMB-синдрома (лентигинозные очаги, атриальная миксома, голубые невусы), LEOPARD-синдрома.

Если очаги крупные или увеличиваются, имеют **неравномерные края, мультифокальную и вариегатную пигментацию**, следует исключить атипичную меланоцитарную пролиферацию и акральную лентигинозную меланому.

## Баланит Зоона (Зуна)

Хронический, реактивный, ирритантный дерматит, который вызывает дисфункцию крайней плоти или развивается как следствие такой дисфункции.

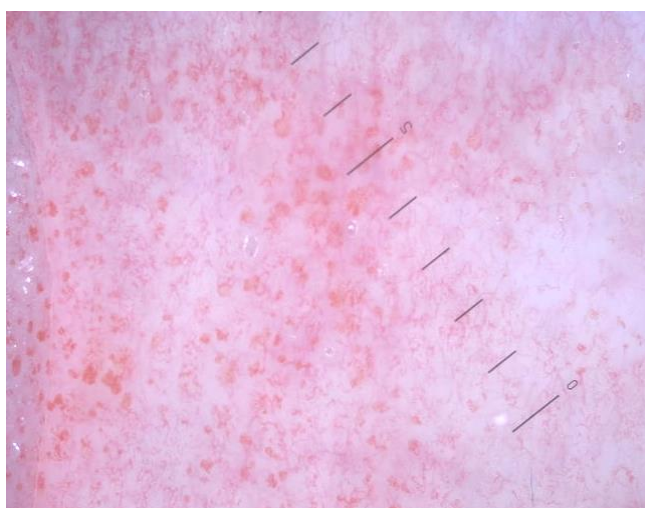
**Причина раздражения** – задержка мочи и чешуек между двумя противоположащими секреторными эпителиальными поверхностями на фоне гиперколонизации комменсальными микроорганизмами.

**Клинические признаки баланита Зоона.** Четко очерченные, блестящие, влажные, ярко-красные или коричнево-рыжие **пятнистые бляшки** симметрично поражают головку полового члена и внутренний листок крайней плоти, не затрагивая тело полового члена или препуций (рисунок 15). К другим признакам относятся темно-красные вкрапления вследствие отложения гемосидерина и единичные или множественные очаги различных размеров (каплевидные или монетовидные), характерно «целующиеся».

Баланит Зоона может быть вторичным, а значит **маскировать** слабее выраженные проявления основного заболевания препуция, такого как склеротический лишай, предраковое состояние или активный рак, который мог вызвать манифестные зооноидные изменения. Дерматозы, такие как контактный дерматит, псориаз, склеротический лишай, плоский лишай, предраковое заболевание полового члена и пенильный рак могут проявляться **зооноидными изменениями** в клинической и гистологической картинах.



А



Б

**Рисунок 15** – Баланит Зоона

А – клинические проявления; Б – дерматоскопия  
(<http://www.dermatology.ru>, наблюдение Г.В. Драгуна)

Гистологические признаки баланита Зоона: **в эпидермисе** – отсутствие зернистого и рогового слоев, незначительный дискератоз и спонгиоз, а также базальноклеточные кератиноциты ромбовидной формы; **в дерме**: полосовидная инфильтрация плазматических клеток, экстравазация эритроцитов, гемосидерин, фиброз и сосудистая пролиферация.

**Лечение.** Соблюдение правил гигиены. Для местного лечения применяются слабые или сильнодействующие топические кортикостероиды (с антибиотиком и противогрибковым компонентом или без них), такролимус. Окончательно заболевание излечивается после обрезания.

## Склеротический лишай

Склеротический (склероатрофический) лишай (СЛ) гениталий встречается чаще, чем экстрагенитальная форма заболевания, но в очень редких случаях поражение может проявляться в обеих зонах. У взрослых женщин СЛ аногенитальной области развивается в десять раз чаще, чем у мужчин. Стойкий первичный фимоз у мальчиков, вторичное развитие фимоза в области ранее поддававшейся отведению крайней плоти должны вызвать подозрение на СЛ.

**Клиника склеротического лишая.** Ранние проявления СЛ – появление на коже крайней плоти и головки члена **белесоватых пятен и участков атрофии кожи**, а также **склеротических бляшек пятнистой окраски**. Характерное проявление начальной стадии СЛ – белесоватое склеротическое кольцо.

В дальнейшем развитие рубцовой ткани приводит к **уплотнению кожи крайней плоти**, что затрудняет открытие головки члена. Формируется рубцовый **фимоз**, что способствует присоединению инфекции и развитию баланита. По причине снижения эластичности на наружном крае кожи крайней плоти могут появляться **надрывы** (при половом акте). У 4-9,5% пациентов развивается **плоскоклеточная карцинома**, причем латентный период может составлять от 10 до 30 лет.

**Дифференциальный диагноз** СЛ гениталий необходимо проводить с поражениями наружных половых органов при витилиго, красном плоском лишае. При **витилиго** (чаще акральная форма) высыпания носят пятнистый характер, имеют более четкую границу, которая хорошо видна из-за наличия гиперпигментированной зоны, атрофия и уплотнение отсутствует. Атрофическая форма **красного плоского лишая** характеризуется высыпаниями в виде мелких плоских, полигональной формы блестящих папул, склонных к слиянию и образованию кольцевидных элементов, с западающими белесоватыми пятнистыми элементами с характерным



сиреневатым оттенком и перламутровым блеском, возможно образований эрозии (эрозивно-язвенная форма) [4].

**Лечение.** Консервативное лечение основывается на местном применении **топических глюкокортикостероидов**. Терапия клобетазолом 0,05% оказалась эффективной для лечения склератрофического лишена крайней плоти, что можно рассматривать в качестве альтернативы хирургическому вмешательству (Гомберг М. А. и соавт., 2010).

Схема в соответствии с клиническим протоколом: **клобетазол**, мазь, крем или **мометазона фуроат**, мазь, крем 1 раз/сутки 4 недели, затем через день 4 недели, затем 2 раза в неделю 4 недели; в случае неэффективности местного лечения кортикостероидами для наружного применения – **пимекролимус** 0,1% крем 2 раза/сутки до 4 месяцев (по решению врачебного консилиума) [7]. Эффективными ежедневными безопасными вспомогательными веществами являются эоленты. При распространенном или прогрессирующем течении склероатрофического лишена или в случае неэффективности местного лечения рекомендованы глюкокортикоиды для системного применения: преднизолон внутрь 0,3–1,0 мг/кг/сутки до достижения ремиссии с постепенным снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой или эквивалентные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения [8].

При наличии фимоза или при локализации патологического процесса на крайней плоти – показано **обрезание**. Если сформировался стеноз наружного отверстия уретры – проводят **меатотомию**.

## Акне полового члена

Недостаточно изученное заболевание. Молодые мужчины жалуются на прыщики, фурункулы, или угри на половом члене. При осмотре обнаруживаются комедоны, папулы, пустулы и воспалительные узлы на проксимальной половине тела полового члена. Важным дифференциальным диагнозом акнеформного заболевания на любом участке является хлорное акне, которое возникает при окклюзии кожи машинным маслом.

Назначается традиционное лечение акне в соответствующей последовательности:

- местные кератолитики, антибиотики и ретиноиды;
- системные антибиотики и изотретиноин.

# НЕДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДИЗЕСТЕЗИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

## Хронический идиопатический отек полового члена

Редкое, малоизвестное заболевание. Является причиной серьезного болезненного состояния, половой дисфункции и фимоза. Пациенты жалуются на отек и интеркуррентные эпизоды целлюлита и лимфангита полового члена, мошонки и тазового пояса.

**Причиной** иногда являются рецидивирующие заболевания, передаваемые половым путем, хронический дерматоз и гипоплазия лимфатической системы. Титры антистрептолизина-О иногда повышены, в биоптате выявляется гранулематозный лимфангит.

Следует исключить болезнь Крона, даже если у пациента отсутствуют желудочно-кишечные симптомы; саркоидоз. Для лабораторной диагностики воспалительных заболеваний кишечника предложено исследование фекального кальпротектина.

**Лечение.** Для предотвращения интеркуррентной инфекции, дальнейшего повреждения лимфатических сосудов и рубцевания лечение должно быть интенсивным.

Рекомендуются длительные курсы системных антибиотиков. Иногда помогает короткий курс системного преднизолона. Цель терапии – уменьшить препуциальный отек, чтобы обеспечить возможность циркумцизии.

## Спонтанные изъязвления мошонки

Описаны редкие случаи спонтанного изъязвления мошонки у молодых, до этого вполне здоровых мужчин. **Гистологическое исследование** – неспецифический васкулит.

## Гангрена Фурнье

Острая некротизирующая инфекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области мужчин (рисунок 16).

Характеризуется острым некрозом тканей полового члена и мошонки.

Если сразу не установлен диагноз и не проведено радикальное лечение, быстро прогрессирует некроз кожи и глубоких тканей и наступает смерть (летальность может быть превышать 50%). У взрослых летальность составляет около 25% и наиболее высокая при поражении аноректальной, а не урогенитальной области.



**Рисунок 16** – Гангрена Фурнье  
(<http://www.dermatology.ru>,  
Д.В.Седых)

Основой терапии гангрены Фурнье является **экстренное хирургическое вмешательство** в комбинации с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией. Назначаются **антибиотики** широкого спектра действия. Рекомендуется лечение методом **гипербарической оксигенизации**, а также **высокие дозы кортикостероидов**. Детей можно лечить менее радикальными хирургическими методами, летальность среди детей ниже.

## **Склерозирующий лимфангит**

Наблюдается **серпигинозное образование в венечной борозде**, иногда на дорсальной поверхности полового члена.

Очаги могут быть первичными или же стать болезненными и увеличиться **после длительных или частых половых сношений**.

У обрезанных мужчин предрасполагающим фактором может быть рубец после циркумцизии. Не установлено, связано ли это заболевание с посттравматическим лимфангитом или флебитом. Иногда разрешается спонтанно, или же может потребоваться хирургическое вмешательство.

## **ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПУХОЛИ**

### **Бовеноидный папулез**

Предраковое заболевание кожи, в развитии которого большую роль играет инфицирование ВПЧ 16, 18, 31 и 33 типов, наблюдается у более молодых, сексуально активных мужчин.

Основным симптомом являются плотные **папулы красного, коричневого или телесного цвета**, сливающиеся в крупные бляшки с

**бородавчатой поверхностью.** Первичный элемент: папула, размеры: 2 мм - 2 см (рисунок 17). По сравнению с обычными генитальными бородавками эти очаги более полиморфные и сливающиеся, не столь папилломатозные, с более гладкой поверхностью.

*Диагноз* ставится на основании клинического осмотра. Иногда приходится прибегать к лабораторным методам обследования, которые включают: ацетотест (побеление невидимых очагов поражения при нанесении 3% уксусной кислоты), ПЦР тест на вирус папилломы человека, биопсию.



А

Б

**Рисунок 17** – Бовеноидный папулез

А – клинические проявления; Б – дерматоскопия  
(<http://www.dermatology.ru>, В.Е. Добровольский)

*Лечение:* Деструкция очагов (хирургическое удаление, лазер, жидкий азот, радинож, химические методы деструкции (Солкодерм и др.)); местное применение имиквимода (Алдара), 5-флюороцила, подофилина, обкалывание бета-интерфероном.

## **Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна**

Предраковое заболевание кожи, в основе которого лежит поражение вирусом папилломы человека.

Первоначально на поверхности кожи полового члена появляются **мелкие образования (по типу папиллом)**, которые характеризуются тенденцией к прогрессирующему росту. Образуется **крупное патологическое образование на широком основании с ворсинчатым**

строением, вокруг – сателлиты. В складках между ворсинками может скапливаться экссудат, который зачастую имеет неприятный запах (рисунок 18).



**Рисунок 18** – Гигантская кондилома  
(<http://www.dermatology.ru>, Н.П. Русецкая)

Опухоль Бушке-Левенштейна склонна к инвазивному росту, в результате чего по мере роста она разрушает крайнюю плоть и/или прорастает в кавернозные тела полового члена. При отсутствии лечения – перерождается в плоскоклеточный рак полового члена.

Предварительный *диагноз* устанавливается на клинических симптомах.

*Лечение:* хирургическое иссечение. После удаления проводят криодеструкцию или электровапоризацию раневой поверхности, что позволяет снизить частоту рецидивирования. В послеоперационном периоде проводится противовирусная иммуностимулирующая и общеукрепляющая терапия.

### **Карцинома полового члена *in situ* (КПЧИС)**

В этой группе рассматриваются **болезнь Боуэна** и **эритроплазия Кейра**. Их объединяет общность патогистологических изменений, в то же время они различаются склонностью к трансформации в инвазивный плоскоклеточный рак кожи: в меньшей степени это относится к болезни Боуэна, в большей – к эритроплазии Кейра.

Пациенты, обратившиеся с признаками КПЧИС, и их половые партнеры должны получить врачебную консультацию и пройти обследование на ВПЧ и другие инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ-



инфекцию. Необходим длительный последующий контроль, который должен охватить всю область промежности, анус и перианальную кожу.

## Болезнь Боуэна

### Внутриэпидермальный плоскоклеточный рак.

Болезнь Боуэна полового члена характеризуется **красными шелушащимися пятнами и бляшками** на кератинизированных участках полового члена. В отличие от болезни Боуэна, при эритроплазии Кейра, отсутствует очаговый дискератоз. **Дерматоскопические** проявления малоспецифичны, но считается, что характерным признаком болезни Боуэна является наличие **большого количества сосудов в виде клубочков и точечных сосудов** на фоне однородного бледно-красного или розового окрашивания (рисунок 19) [3].

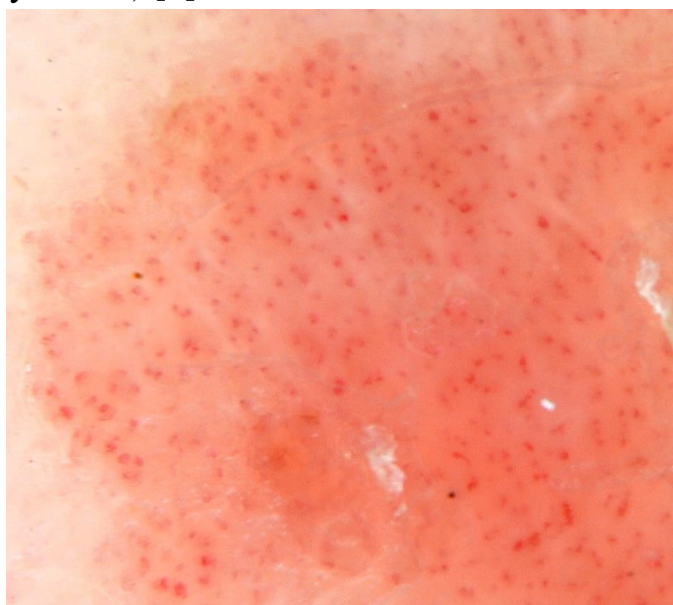
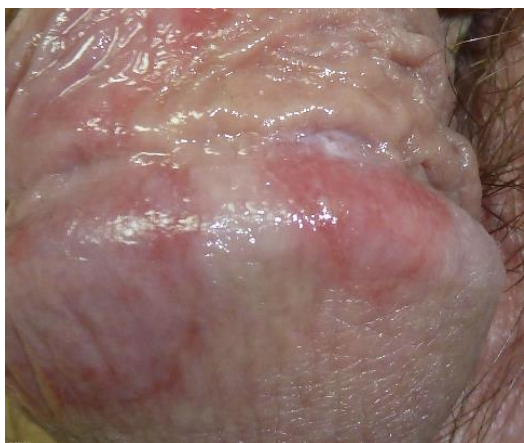


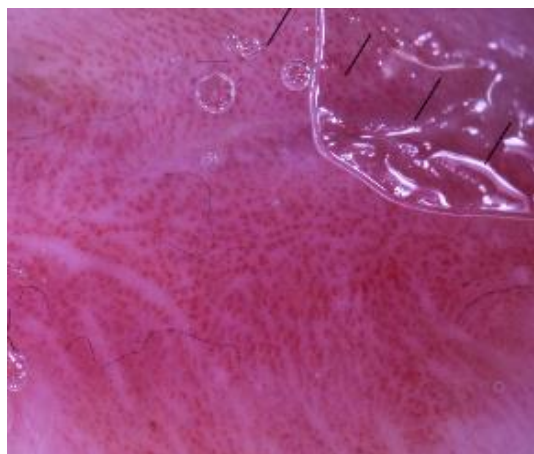
Рисунок 19 – Болезнь Боуэна

## Эритроплазия Кейра (ЭК)

Представлена **ярко-красными блестящими пятнами или бляшками на слизистых поверхностях, головке полового члена и перпуции у необрезанных мужчин**. В отличие от болезни Кейра большинство обычных воспалительных заболеваний головки полового члена и крайней плоти имеют менее четкие границы и регрессируют после применения кортикостероидных и антимикробных средств. Для распознавания ЭК и определения ее границ применяется аппликация красителя – **1% раствора толуидинового синего**, окрашивающего участок эритроплазии в синий цвет (простая эритема не окрашивается). При дерматоскопии выявляются точечные и клубочковые сосуды (рисунок 20).



А



Б

**Рисунок 20** – Эритроплазия Кейра: А – клинические проявления; Б – дерматоскопия (<http://www.dermatology.ru>, О.Ю. Матюнин)

Лечение проводится в соответствии с **клиническими протоколами «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований»**. Проводится органосохраняющее лечение. На первом этапе выполняется циркумцизия. Могут применяться лазерное лечение (СО<sup>2</sup> или Nd:YAG лазер), криотерапия, электрокоагуляция, аппликации 5-флуороурациловой мази или местная эксцизия. Выбор метода зависит от предпочтений хирурга и имеющихся возможностей [6].

**Имиквимод** – альтернативный вариант лечения, который позволяет избежать хирургического вмешательства, особенно у пожилых людей. Фотодинамическая терапия с метиловым аминолевулином – также новый и перспективный метод терапии [16].

## Плоскоклеточная карцинома

Плоскоклеточная карцинома (ПКК) полового члена составляет от 0,3 до 0,6% всех случаев ПКК в США. В Великобритании фиксируется 100 смертных случаев и 400 случаев заболевания в год.

Инфильтрирующей форме плоскоклеточного рака нередко предшествует внутриэпидермальная форма (плоскоклеточный рак *in situ*).

**Факторы риска рака полового члена:** отсутствие обрезания, фимоз, плохая гигиена, хроническое раздражение и воспаление, рубцевание, курение, склеротический лишай, плоский лишай, плоскоклеточная гиперплазия, плоскоклеточная карцинома.

Очаги – **узловатые и изъязвленные**. Клинически могут наблюдаться признаки рака полового члена *in situ* и/или склеротического лишая (либо даже плоского лишая). Иногда отмечается паховая **лимфаденопатия**, хотя при пенильном раке опухолевые клетки встречаются только в 50% увеличенных лимфоузлов.

Веррукозная карцинома, бородавчатая карцинома, опухоль Бушке-Левенштейна и гигантская кондилома могут иметь выраженные клинические проявления, часто бывают полипоидными и напоминающими по форме цветную капусту. Хотя наблюдается местная глубокая инвазия, такие очаги четко отграничены от окружающих тканей.

**Диагностика.** В большинстве случаев показана биопсия.

**Лечение** зависит от стадии и гистологической дифференцировки. Рак полового члена T<sub>a</sub>-1 G<sub>1</sub>-2. Больным, которые гарантированно будут соблюдать сроки диспансерного наблюдения, проводится органосохраняющее лечение (лазерная терапия, местная эксцизия с морфологическим определением хирургического края отсечения, брахитерапия). Перед проведением брахитерапии рекомендуется выполнение циркумцизии. Больным, которые не смогут соблюдать режим диспансерного наблюдения, показана резекция или ампутация полового члена. **Рак полового члена T<sub>1</sub>G<sub>3</sub>, T<sub>2</sub> и более.** Стандартный метод лечения – хирургический: резекция, ампутация полового члена (пенэктомия) либо эмаскуляция. Для обеспечения радикальности операции при резекции полового члена необходимо отступить от видимого или пальпируемого края опухоли не менее чем на 2 см с обязательным исследованием краев отсечения. Органосохраняющее лечение (местная эксцизия с морфологическим определением хирургического края отсечения, брахитерапия) может проводиться только у незначительной части больных, у которых опухоль занимает не более половины головки полового члена и которые готовы строго соблюдать режим диспансерного наблюдения. Лучевая терапия может проводиться при размерах опухоли, не превышающих 4 см в наибольшем измерении.

**Профилактика.** Хронические заболевания и дисфункция крайней плоти предполагают значительный риск КПЧИС или инвазивной ПКК. Изменения вследствие склеротического лишая или ВПЧ могут привести к многоочаговому или мультицентрическому росту и длительному риску, несмотря на адекватную терапию.

Доступными методами профилактики рака полового члена являются:

- лечение хронических воспалительных заболеваний, таких как склеротический лишай, плоский лишай и неспецифический баланопостит,
- профилактика фимоза,
- ограничение ПУВА-терапии,
- прекращение курения;
- профилактика инфекции ВПЧ.



## Меланома

**Редкое** неопластическое заболевание полового члена с **плохим прогнозом** вследствие **поздней диагностики** и **ранней** лимфоваскулярной диссеминацией.

Меланома должна всегда включаться в дифференциальный диагноз пенильного меланоза и лентигиноза, а также генитальных папул, узлов и язв.

## Экстрамаммарная болезнь Педжета

Аденокарцинома, при которой поражаются участки кожи, имеющие апокринные железы: перианальная область, наружные половые органы (мошонка, половой член), промежность, подмышечные впадины, пупок, лобковая область; возможно поражение полости рта.

Экстрамаммарная болезнь Педжета характеризуется **красными пятнами или бляшками** с неровными очертаниями, напоминающими **географическую карту**, с бархатистой мокнущей мацерированной поверхностью, корковыми наслоениями, иногда — с изъязвлением. Поражение сопровождается зудом или жжением.

При **диагностике** экстрамаммарную болезнь Педжета часто принимают за воспалительный дерматоз: псориаз, экзему, болезнь Боуэна, ограниченный нейродермит, склероатрофический лишай, красный плоский лишай, дерматофитию, кандидоз кожных складок.

**Лечение** экстрамаммарной болезни Педжета заключается в **хирургическом удалении** опухоли с широким захватом видимо здоровой кожи. При комплексном лечении используют **химиопрепараты** общего и наружного действия. При начальных поверхностных формах в области наружных половых органов или промежности применяют наружно 5% фторурациловый крем, 30-50% проспидиновую, 0,5% колхаминовую мази (ежедневно под окклюзионную повязку в течение 18-22 дней). Перспективным представляется применение местного *имиквимода (Алдара)*.

Используют также криодеструкцию, лазеротерапию, фотодинамическую терапию. Рентгенотерапия и химиотерапия могут оказаться полезными как вспомогательные методы лечения у больных, имеющих противопоказания к оперативному вмешательству.

## Саркома Капоши

Мультицентрический неопластический процесс, развивающийся из эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, главным образом дермы. Связанная со СПИДом саркома Капоши обычно **многоцентричная** и часто

поражает лицо, слизистую полости рта, небо и половой член (20%). Единичный очаг не является необычным.

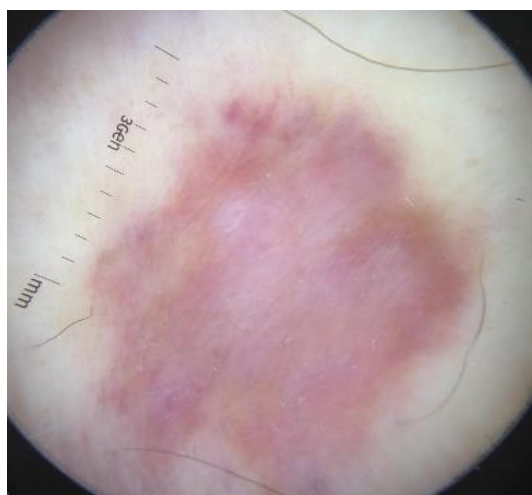
Клинически выделяют пятнистую, папулезную и опухолевую стадии саркомы Капоши. **Пятнистая стадия:** отдельные красновато-синюшные или **красновато-бурые** асимптомные пятна неправильной формы диаметром от 1 до 5 см с гладкой поверхностью. **Папулезная стадия.** Папулезные высыпания имеют сферическую или полусферическую форму, розовую или **красно-синюшную** с коричневым оттенком окраску, диаметр от 2 мм до 1 см, плотноэластическую консистенцию. Располагаются изолированно или сгруппировано, иногда – в виде дуг или колец. Бляшки формируются также и из пятен. **Опухолевая стадия.** Узлы могут быть единичными, но чаще встречаются множественные образования (до нескольких десятков и даже сотен) **красно-синюшного или синюшно-буроватого** цвета мягкой или плотноэластической консистенции диаметром от 1-2 до 5 см. Иногда узлы располагаются на ножке. Узлы, расположенные в местах, подвергающихся травматизации, могут изъязвляться, что сопровождается обильным зловонным отделяемым.

**Дерматоскопические признаки саркомы Капоши (рисунок 21):**

- синевато-красноватая окраска (замечена в 84% поражений),
- «структура радуги» (36%) – самая отличительная диагностическая особенность, обнаруживаемая поляризованным дерматоскопом,
- чешуйчатая поверхность
- маленькие коричневые глобулы (15%) [14].



А



Б

**Рисунок 21** – Саркома Капоши: А – клинические проявления (наблюдение Н.И.Крук); Б – дерматоскопия (<http://www.dermatology.ru>, Ю.Ф.Макаров)

**Лечение саркомы Капоши** осуществляется в специализированных онкологических учреждениях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич, В. П. Болезнь Бехчета / В.П. Адашкевич, М.А. Катина // Мед. панорама. – 2009. – № 7. – С. 34-36.
2. Ангиокератома Фордайса: обзор литературы и описание клинических случаев / М. А. Уфимцева[и др.] // Уральский мед. журн. – 2019. – № 5(173). – С. 173-177.
3. Гетьман, А.Д. Дерматоскопия новообразований кожи / А.Д. Гетьман. – Екатеринбург: Уральский рабочий, 2015. – 160 с.
4. Дворников, А. С. Современные подходы к лечению пациентов с сопровождающимися атрофией поражениями наружных половых органов / А. С. Дворников, Л. С. Круглова // Клин. дерматол. и венерол. : науч.-практ. журн. – 2008. – №2. – С. 58-62.
5. Дерматология Фитцпатрика в клинической практике: В 3 т. / К. Вольф и др.; пер. с англ.; под. ред. А.А. Кубановой – М. : Издательство Панфилова; БИНОМ, 2012. – Т. 2. – С. 871–1838.
6. Алгоритм диагностики и лечения злокачественных новообразований : клинический протокол : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 06.07.2018, № 60.
7. Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки : клинический протокол : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.06.2022, № 59.
8. Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями : клинический протокол : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.06.2022, № 59.
9. Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями : клинический протокол : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.06.2022, № 59.
10. Ковалёва, Ю.С. Генитальные дерматозы неинфекционной этиологии у мужчин / Ю.С. Ковалёва // Эффективная фармакотерапия. – 2019. – Т. 15. № 10.– С. 34–39.
11. Левончук, Е.А. Генитальный герпес: учеб.-метод. пособие. – Минск: БелМАПО, 2007. – 29 с.
12. Левончук, Е.А. Дисхромии: учеб.-метод. пособие / Е.А. Левончук. – Минск: БелМАПО, 2010. – 38 с.
13. Левончук, Е.А. Вирусные заболевания кожи и слизистых : учеб.-метод. пособие / Е. А. Левончук ; Белорусская медицинская академия последипломного образования. - Минск : БелМАПО, 2017. - 77 с.

14. Панкратов, В.Г. Дерматоскопическая картина некоторых распространенных дерматозов / В. Г. Панкратов, А.А. Ревотюк, О.В. Панкратов // Мед. новости. – 2011. – №: 12. – С. 14-18.
15. Принципы терапии папилломавирусной инфекции человека / Э.А. Баткаев, Д.В. Рюмин // Вестник последипл. мед. образования : Науч.-практ. и информ. журн. – 2005. – № 1. – С. 62-64.
16. Савоськина, В.А. Клинические аспекты, диагностика и терапия эритроплазии Кейра / В. А. Савоськина // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2014. – №1 (11). – С. 52–55.
17. 2012 European guideline for the management of anogenital warts / Lacey CJ et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2013. – № 27(3). – p. 263-70.
18. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning / Ryan C. [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2015. – Vol. 72. № 6. – P. 978–983.
19. Hall, A. Atlas of Male Genital Dermatology, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-99750-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99750-6_2)
20. Meza-Romero, R. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment / R. Meza-Romero, C. Navarrete-Dechent, C. Downey // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* – 2019. – № 12. – P. 373–381.
21. Nguyen, H. An Update on the Clinical Management of Cutaneous Molluscum Contagiosum / H. Nguyen, S. Tyring // *Skin Therapy Letter.* – 2014. – Vol.19, № 2. – P. 5–8.
22. Thirumurthy, M. Demonstration of fungus by using parker's India ink and eosin- a simple technique / M. Thirumurthy, CR. Srinivas // *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.* – 2002. – № 68. – P. 376.
23. Tlish, M. M. Necrolytic erythema: oddities / M.M. Tlish, M.I. Gluzmin, T. G. Kuznetsova // *Vestnik dermatologii i venerologii.* – 2011. – № 6. – P. 73-76.
24. Xiaowen, L. Two Cases of Focal Scrotal Vitiligo Successfully Treated by Autologous Cultured Melanocyte Transplantation / L. Xiaowen, H. Weisong, X. Ai-E // *Dermatol. Ther.* – 2014. – № 4. – P. 141–144.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	1
Классификация заболеваний полового члена .....	4
<b>ВАРИАНТЫ НОРМЫ</b> .....	4
Жемчужные папулы полового члена (ангиофибромы) .....	4
Меланоцитарный невус .....	4
Выступающие вены.....	4
Гиперплазия сальных желез .....	5
Ангиокератома.....	5
Эпидермоидные кисты.....	6
Инфекционные дерматозы .....	6
<b>ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ</b> .....	6
Генитальный герпес .....	6
Вирусные бородавки .....	6
Контагиозный моллюск .....	9
Кандидоз.....	11
Цирцинарный баланит как проявление синдрома Рейтера.....	12
<b>ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> .....	12
Лобковый педикулез (фтириаз).....	12
Чесотка .....	12
<b>ДЕРМАТОЗЫ С ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ</b> .....	13
Витилиго.....	13
Себорейный дерматит.....	14
Псориаз.....	14
Красный плоский лишай .....	16
Кольцевидная гранулема .....	17
Эритема мигрирующая некролитическая .....	17
Болезнь Бехчета .....	18
Рубцующий пемфигоид .....	19
Гангренозная пиодермия .....	19
Медикаментозная токсидермия .....	20
<b>ПЕРВИЧНЫЕ ГЕНИТАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У МУЖЧИН</b> .....	21
Меланоз и лентигиноз полового члена .....	21
Баланит Зоона (Зуна) .....	22
Склеротический лишай.....	23
Акне полового члена.....	24

НЕДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДИЗЕСТЕЗИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ.....	25
Хронический идиопатический отек полового члена.....	25
Спонтанные изъязвления мошонки.....	25
Склерозирующий лимфангит.....	26
ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПУХОЛИ.....	26
Бовеноидный папулез .....	26
Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна .....	27
Карцинома полового члена in situ (КПЧIS) .....	28
Болезнь Боуэна .....	29
Эритроплазия Кейра (ЭК) .....	29
Плоскоклеточная карцинома.....	30
Меланома.....	32
Экстрамаммарная болезнь Педжета .....	32
Саркома Капоши.....	32
Литература .....	34

Учебное издание

**Крумкачев Владимир Владимирович**  
**Панкратов Олег Валентинович**

## **ГЕНИТАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У МУЖЧИН**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 28.11.2022. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,31. Уч.- изд. л. 2,36. Тираж 50 экз. Заказ 183.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская  
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.