

### **Выводы:**

1. Применение фототерапии прибором UV 181/200 AL с длиной волны 315-400 нм при лечении больных ограниченными формами псориаза является новым эффективным и экономически выгодным предпочтительным методом. Этот метод терапии рекомендуется для широкого применения в дерматологической практике.
2. Современная тактика ведения пациентов с псориазом должна предусматривать междисциплинарный подход, то есть необходимо участие не только дерматолога, но и гастроэнтеролога, кардиолога, ревматолога.

### **Литература**

1. Иллюстрированное руководство по дерматологии. Под ред. Член-корр. РАН О.Ю. Олисовой и др. 2023.
2. Дерматовенерология. В.П. Адашкевич. С. 215-218. 2019.
3. Кубанова А.А., Скрипкин Ю.К., Акимов В. Г. Кожные и венерические болезни. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
4. Баткаев Э.А., Чистякова И.А., Шахова А.С. [и др.] Рациональная терапия псориаза. Доктор Ру. 2012;4:72:56–60.
5. Донцова Е.В., Новикова Л.А., Бахметьева Т.М. [и др.] Современные подходы к физиотерапии и профилактике псориаза (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание 2018;2: Публикация 1-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-2/1-9.pdf> (дата обращения: 09.04.2018). DOI:10.24411/2075-4094-2018-16023.
6. Дерматология. Иллюстрированное руководство. Дэвид Дж.Гукроджер и др. Перевод с англ.яз. под ред.проф. Н.Н.Потекаева, проф. А.Н.Львова.С.67-80.2021.

Панкратов О.В.<sup>1</sup>, Панкратов А.О.<sup>2</sup>, Крумкачев В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом повышения квалификации и переподготовки БГМУ, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Минский городской клинический центр дерматовенерологии, Минск, Беларусь

## **ПОРАЖЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

Наружные половые органы чаще подвергаются трению и травмам. Анатомические особенности этой области обуславливают повышенную влажность и температуру, что увеличивает риск контаминации кожи вирусами, грибами и бактериями. Изменения в нормальном анатомическом строении вульвы и полового члена также могут затруднить диагностику.

Частота и распространенность генитальных дерматозов изучены недостаточно. Вульвовагинальные симптомы разнообразны по этиологии и клиническим проявлениям. Боль, зуд являются характерными жалобами при многих генитальных дерматозах. Иногда отмечаются необъяснимые боли в области гениталий (у женщин – вульводина). Причины разнообразны – от инфекций до аутоиммунных процессов.

В 1993 г. специалисты Международного общества по изучению вульвовагинальных заболеваний (ISSVD) и Международного общества гинекологической патологии (ISGP) разработали и приняли новую классификацию заболеваний вульвы, основанную на патоморфологических изменениях тканей наружных женских половых органов [1]: I. Доброкачественные поражения вульвы: склероатрофический лишай; плоскоклеточная гиперплазия; другие дерматозы. II. Интраэпителиальная неоплазия

вульвы (VIN): 1. Плоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия вульвы: VIN I – легкая дисплазия вульвы; VIN II – умеренная дисплазия вульвы; VIN III – тяжелая дисплазия и карцинома *in situ*. 2. Неплоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия вульвы: болезнь Педжета; меланома *in situ*. III. Инвазивный рак.

В 2011 году на XXI Всемирном конгрессе ISSVD была представлена новая клиническая классификация дерматозов вульвы, основными критериями которой являются морфология и цвет элементов [2]: 1) Очаги цвета кожи: А. Папулы и узелки цвета кожи; В. Бляшки цвета кожи. 2) Красные поражения: пятна и бляшки: А. Экзематозные и лихенифицированные заболевания; В. Красные пятна и бляшки (без нарушения эпителия). 3) Красные поражения: папулы и узелки: А. Красные папулы; В. Красные узелки. 4) Белые поражения: А. Белые папулы и узелки; В. Белые пятна и бляшки. 5) Темноокрашенные (коричневые, синие, серые или черные) поражения: А. Темноокрашенные пятна; В. Темноокрашенные папулы и узелки. 6) Волдыри: А. Везикулы и буллы; В. Пустулы. 7) Эрозии и язвы: А. Эрозии; В. Язвы. 8) Отек (диффузный отек половых органов): А. Отек цвета кожи; В. Розовый или красный отек.

Дерматологическая классификация дерматозов вульвы включает восемь групп нозологий: неинфекционные дерматозы; инфекционные дерматозы; дерматомикозы; кератозы; нарушения пигментации кожи; новообразования; дерматозоозы; заболевания кожных желез [3].

Единой общепринятой классификации заболеваний кожи мужских половых органов не существует, и мы используем Классификацию болезней полового члена (2012) [4]: варианты нормы; инфекционные дерматозы; дерматозы с преимущественной локализацией на мужских половых органах; первичные генитальные дерматозы у мужчин; недерматологические заболевания, дизестезии и хронические болевые синдромы; предраковые заболевания и опухоли. Также мы используем классификацию генитальных поражений по типу поражения кожи:

1. Генитальные язвы и эрозии: А. Одиночная язва: первичный сифилис, венерическая лимфогранулема, мягкий шанкр, донованоз, шанкриформная пиодермия, генитальные язвы при инфекции Эпштейна-Барр, плоскоклеточный рак, базальноклеточный рак. В. Множественные язвы и эрозии: а) острое течение: генитальный герпес, опоясывающий лишай, вторичный папулезно-эрозивный сифилис, генитальная аллергия, генитальная экзема, язвы Люпшица, трихомонадные язвы вульвы/полового члена, синдром Стивенса-Джонсона, многоформная эритема; б) хроническое течение: пузырчатка, буллезный пемфигоид, семейная пузырчатка (болезнь Хейли-Хейли), болезнь Бехчета, болезнь Рейтера, саркома Капоши, гангренозная пиодермия.
2. Пятнистые или бляшечные поражения: А. Воспалительные пятна: кандидозный баланопостит и вульвит, баланопостит, кольцевидный баланопостит, вульвовагинит, фиксированная лекарственная эритема, вестибулит, аллергический баланопостит, аллергический вульвовагинит, микоз кожи, лобковый педикулез, контактный дерматит, себорейный дерматит, ирритантный дерматит, пеленочный дерматит, многоформная эритема. В. Невоспалительные пятна: а) без атрофии: эритразма;

- б) с атрофией: дистрофии вульвы; в) пигментированные и депигментированные: витилиго, очаговый меланоз гениталий, меланоцитарные невусы, лентиго.
3. Папулезные и папулезно-веррукозные поражения: А. Варианты нормы: волосистые и эпидермальные кисты, перламутровые папулы полового члена, микропапилломатоз вульвы, себорейные кисты (пятна Фордайса). В. Папулезные поражения: а) без зуда: контагиозный моллюск, псориаз, вторичный папулезный сифилис, старческая гемангиома, красная волчанка, болезнь Дарье, фолликулит, папулезный псевдосифилис, болезнь Фокса-Фордайса, болезнь Рейтера; б) с зудом: нейродермит, красный плоский лишай, чесотка, постскабиозная лимфоплазия, трихомикоз. С. Папуло-веррукозные поражения: аногенитальные бородавки, бовеноидный папулез, широкие кондиломы вторичного сифилиса, ангиокератома, веррукозная карцинома, гигантская кондилома Бушке-Левенштейна.
  4. Бляшечные поражения: А. Без атрофии: а) без зуда: псориаз, красная волчанка, эритроплазия Кейра, плазмноклеточный баланит и вульвит (баланит и вульвит Зуна), плоскоклеточный рак, саркома Капоши, болезнь Боуэна; б) с зудом: красный плоский лишай, нейродермит/простой лишай, атопический дерматит, экссудативный дискоидный и лихеноидный хронический дерматоз Сульцбергер-Гарбе, интертриго, себорейный кератоз. В. С атрофией: склероатрофический лишай, атрофическая форма красного плоского лишая, плоскоклеточная гиперплазия.
  5. Пустулезные поражения: фолликулит, импетиго, гидраденит.
  6. Везикулярные поражения: генитальная экзема, генитальный герпес, опоясывающий лишай.
  7. Буллезные поражения: пузырьчатка обыкновенная, семейная пузырьчатка, буллезный пемфигоид, герпетический дерматит Дюринга, рубцовый пемфигоид, многоформная эритема, буллезный эпидермолиз.
  8. Туберкулезные поражения: туберкулез кожи, третичный сифилис, пиогенная гранулема.
  9. Узелковые поражения: идиопатический кальциноз мошонки, туберкулез кожи, третичный сифилис, липома, олеогранулема, фиброма, гидраденома, гемангиома.
  10. Кисты в области половых органов: волосистые и эпидермальные кисты, кисты бартолиновой железы, кисты тизония, кисты мотка протоков, кисты потовых желез, кисты сальных желез, кисты слизистой оболочки влагалища, сирингома.
  11. Отек половых органов.
  12. Боль в области половых органов.
  13. Аногенитальный зуд.
  14. Травма половых органов.

В некоторых случаях диагноз можно установить только с помощью биопсии и гистологического исследования.

#### **Выводы:**

1. Заболевания вульвы или полового члена являются недостаточно диагностируемыми и нераспознаваемыми расстройствами, которые могут потребовать междисциплинарного подхода к лечению.

2. Заболевания вульвы или полового члена можно разделить на инфекционные, воспалительные, неопластические и невропатические.
3. Тщательный сбор анамнеза и полное дерматологическое обследование позволяют установить диагноз.
4. Дерматоскопия является полезным и информативным методом диагностики генитальных дерматозов.
5. Биопсия поражений вульвы или полового члена остается стандартом для подтверждения диагноза.

### **Литература**

1. Манухин ИБ, Кондриков НИ, Крапошина ТП. Заболевания наружных половых органов у женщин: руководство для врачей. М., 2002.
  2. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Scurry J, Stockdale C. 2011 ISSVD terminology and classification of vulvar dermatological disorders: an approach to clinical diagnosis. J. Low Genit. Tract. Dis. 2012; 16 (4): 339–344.
  3. Surkichin SI, Mayorov RYu. Overview of nomenclatures of dermatoses of the vulvovaginal region. Effective pharmacotherapy. 2022; 18 (31): 80–84.
  4. 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.
-



Областная юбилейная научно-практическая конференция  
с международным участием



# МОГИЛЕВСКОГО ОБЛАСТНОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

г. Могилев, 27 июня 2025 г.

## СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Научное электронное издание

Минск  
«Профессиональные издания»  
2025