

Опыт терапии баланопостита комбинированным топическим стероидом

Ю. В. Неведева¹, О. Р. Зиганшин¹, Н. А. Козавчинская², В. В. Брик²

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

²ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», г. Челябинск

РЕЗЮМЕ

Широкое распространение баланопоститов обуславливает необходимость разработки высокоэффективных методов лечения. Описан опыт применения комбинированного топического стероида у больного баланопоститом, осложненным реактивным артритом и кератодермией. Показана высокая эффективность лечения баланопостита и кератодермии комбинированным топическим стероидом, обладающим противовоспалительным, противомикробным, фунгицидным и ранозаживляющим действием.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: баланопостит, болезнь Рейтера, комбинированный топический стероид.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Chlamydial etiology balanoposthitis therapy experience with combined topic steroid

Yu. V. Nefedeva¹, O. R. Ziganshin¹, N. A. Kosavchinskaya², V. V. Brik²

¹Chelyabinsk State Medical University, Chelyabinsk, Russia

²Chelyabinsk Regional Clinical Skin and Venereal Diseases Dispensary, Chelyabinsk, Russia

SUMMARY

The widespread spread of balanoposthitis necessitates the development of highly effective treatment methods. The experience of using combined topic steroid in a patient with balanoposthitis complicated by reactive arthritis and keratoderma is described. The high efficiency of treatment of balanoposthitis and keratoderma with a combined topical steroid with anti-inflammatory, antimicrobial, fungicidal and wound healing effects has been shown.

KEY WORDS: balanoposthitis, Reiter's disease, combined topic steroid.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that they have no conflicts of interest.

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 [1]. Частота выявления баланопостита у пациентов, по разным причинам обратившихся к дерматовенерологу амбулаторно, составляет до 20–30%.

К первичным баланопоститам относятся баланопоститы, развившиеся вследствие нарушения личной гигиены, физиологической предрасположенности (удлиненная крайняя плоть), травматизации. При этом на коже головки и крайней плоти создаются благоприятные условия для развития различных популяций условно патогенных микроорганизмов. Вторичные баланопоститы возникают на фоне инфекций, передаваемых половым путем, диабета, алергодерматозов или других заболеваний [2, 3]. Активность клинических проявлений заболевания напрямую связана с состоянием местного иммунитета и условно-патогенной флоры.

Широкое распространение баланопоститов обуславливает необходимость разработки высокоэффективных мето-

дов лечения, поиск новых безопасных высокоэффективных препаратов. Применение комбинированных топических стероидов, обладающих противовоспалительным, ранозаживляющим, противовирусным и иммуномодулирующим свойствами в лечении ирритантного баланопостита, является весьма актуальным.

Приводим описание **клинического случая** с опытом терапии баланопостита.

Больной Е., 21 год, впервые обратился в поликлиническое отделение ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер» 15.04.2019 с жалобами на высыпания на коже лица, кистей, стоп, полового члена, болезненность в области коленных, локтевых суставов, суставах кистей и стоп. Отмечал общую слабость и периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр.

Из анамнеза установлено, что пациент считает себя больным с октября 2018 года, когда впервые появились боли в суставах. В декабре 2018 года обратился к ревматологу областной клинической больницы, был выставлен диагноз «реактивный артрит». Амбулаторно получил курс терапии флемоксином и преднизолоном без эффекта. С 08.04.2018 по 14.04.2018 находился на стационарном

лечении в Брединской ЦРБ с диагнозом «болезнь Рейтера», получил лечение: цефтриаксон 1 мл внутривенно струйно два раза в день, кеторолак 2,0 внутримышечно, омепразол, трамадол без положительной динамики.

С апреля 2019 года отметил ухудшение, появление свежих высыпаний на коже лица, кистей, стоп, половых органов. Госпитализирован в стационарное отделение круглосуточного пребывания Челябинского областного клинического кожно-венерологического диспансера 15.04.2019.

Аллергоанамнез и наследственность не отягощены. Вредные привычки: курение. Со слов пациента, перенесенные заболевания: ОРВИ. Соматические заболевания: хронический гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс, хронический бронхит, ринит. Курит. ФОГ от 25.12.2018: без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Органы и системы без особенностей. Температура тела 37,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст., пульс 112 в минуту, удовлетворительного наполнения. Физиологические отправления в норме.

Локальный статус при поступлении (рис. 1, 2, 3, 4): дерматологический процесс распространен, симметричен, локализуется на коже лица (лоб, губы, щеки, височные области), шеи, конечностей (кисти и стопы), полового члена. Представлен бляшками красного цвета, с массивными желто-зелеными корками на поверхности и зоной гиперемии по периферии. На красной кайме губ трещины. Пальцы кистей и стоп отечные («сосискообразные»). На коже подошвенной поверхности стоп бляшки красного цвета, покрытые желтоватыми корками, явления гиперкератоза. Движения в суставах кистей и стоп затруднены, болезненны. Головка полового члена гипертрофирована, губки уретры отечны, на коже полового члена ксеротические папулы желтовато-коричневого цвета, эрозии с желтыми корками на поверхности. Крайняя плоть гипертрофирована, отечна, на поверхности эрозии, желтовато-коричневые корки. Ногтевые пластинки кистей и стоп утолщены, желтого цвета, с подногтевым гиперкератозом, явлениями онихолизиса.

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови (от 25.12.2018): гемоглобин – 137 г/л, эритроциты – $4,44 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 40,7%, тромбоциты – $308 \times 10^9/л$, лейкоциты – $10,66 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 35%, сегментоядерные нейтрофилы – 32%, лимфоциты – 24%, базофилы – 2%, моноциты – 6%, СОЭ – 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 12 мкмоль/л, АСТ – 22 Ед/л, АЛТ – 28 Ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочевины – 3,9 ммоль/л, мочевая кислота – 284 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 224 МЕ/л, гаммаглутаминтрансфераза – 29 Ед/л, ревматоидный фактор – 8,1 МЕ/мл, повышен уровень СРБ – 30,2 мг/л (норма: 0–6), волчаночный антикоагулянт – 1,03, иммуноглобулин G общий – 11,62 г/л, иммуноглобулин M общий – 1,66 г/л, иммуноглобулин A общий – 3,6 г/л, повышен уровень АСЛ-О – 7094 МЕ/мл (референсные значения: 0–200).



Рисунок 1. Пациент 21 год. Клинические проявления кератодермии при болезни Рейтера (до лечения).



Рисунок 2. Пациент, 21 год. Клинические проявления реактивного артрита при болезни Рейтера (до лечения).



Рисунок 3. Пациент, 21 год. Клинические проявления кератодермии подошв при болезни Рейтера (до лечения).



Рисунок 4. Пациент, 21 год. Клинические проявления баланопостита при болезни Рейтера (до лечения).



Рисунок 5. Пациент, 21 год. Клинические проявления кератодермии при болезни Рейтера (7-й день лечения).



Рисунок 6. Пациент, 21 год. Клинические проявления реактивного артрита при болезни Рейтера (7-й день лечения).



Рисунок 7. Пациент, 21 год. Клинические проявления кератодермии подошв при болезни Рейтера (7-й день лечения).



Рисунок 8. Пациент, 21 год. Клинические проявления баланопостита при болезни Рейтера (7-й день лечения).

Иммуноферментный анализ: сифилис отрицательный. Антитела: антиген ВИЧ-1,-2, HbsAg, HCVAg не обнаружены. Общий анализ мочи без патологии.

Соскоб на грибы с кожи губ, лица, нижних конечностей, с ногтей стоп: мицелий гриба не обнаружен. Проведено определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим препаратам с высыпаниями: чувствителен к цефтриаксону, спарфлоксацину, азитромицину, кларитромицину, гентамицину и доксициклину ($\pm$), нечувствителен к эритромицину.

Иммуноферментный анализ сыворотки крови на хламидии: слабоположительный КП 1,5. Мазок из уретры: единичные лейкоциты 0–1 в поле зрения, слизь –4+, эпителий – 20–30, гонококки, трихомонады не обнаружены, микрофлора – палочки, кокки; ПЦР на хламидии не обнаружено; антиген HLA-B27 обнаружен 15.04.2019.

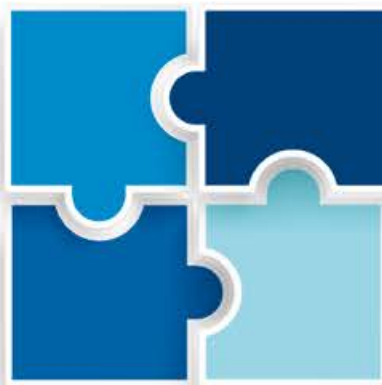
УЗИ почек, надпочечников: патологии не выявлено; УЗИ органов брюшной полости: полиповидное образование желчного пузыря. Эхо-КГ: размеры полостей сердца в пределах нормы. Сократительная функция миокарда сохранена. Проток митрального клапана I степени с регургитацией 1 степени. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 88 ударов в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена. Элементы нарушения внутрижелудочковой проводимости. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях: патологических изменений в легких не выявлено. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений: без патологии.

Консультирован ревматологом Челябинской областной клинической больницы, 15.04.2019 выставлен диагноз: «реактивный артрит, полиартрит неуточненной этиологии, HLA B27 – ассоциированный. Болезнь Рейтера III степени активности. НФС-2. Консультация терапевта: хронический бронхит курильщика. Хронический ринит. Синусовая тахикардия».

Выставлен заключительный диагноз: «М 02.3. Болезнь Рейтера (бленорейная кератодермия, цирцинарный баланопостит, реактивный артрит суставов кистей, стоп, коленных суставов)».

С 15.04.2019 по 26.04.2019 пациент получил стационарное лечение в Челябинском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере: сульфасалазин 500 мг два раза в сутки 8 дней, далее три раза в сутки 4 дня; индометацин 25 мг по две таблетки два раза в день; омепразол 20 мг два раза в день; ванночки для кистей и стоп с раствором перманганата калия два раза в сутки, крем мометазона фуроат + гентамицина сульфат + экконазола нитрат + декспантенол на высыпания на коже лица, кистей, стоп, полового члена два раза в день 12 дней. Выписан с клиническим выздоровлением (рис. 5, 6, 7, 8). Пациенту рекомендовано диспансерное наблюдение в течение не менее 7 лет: раз в месяц в течение первых трех месяцев после стационарного лечения; раз в 3 месяца до конца первого года наблюдения; 1–2 раза в год в зависимости от состояния здоровья.

Таким образом, болезнь Рейтера (синоним: уретроокулосиновиальный синдром) представляет собой редкую патологию, характеризующуюся патогномоничной триадой



ТЕТРАДЕРМ®

крем для наружного применения

**ЕДИНСТВЕННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ГКС,
СПОСОБСТВУЮЩИЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ***

- Оригинальный 4-х компонентный препарат
- Современные действующие вещества
- Полноценная схема лечения инфицированных дерматозов в одном средстве

Мометазон

нефторированный
глюкокортикоид
3 класса

Эконазол

современный
противогрибковый
компонент

Гентамицин

эффективный
антибактериальный
компонент

Декспантенол

противовоспалительное
регенерирующее
средство

*Больше,
чем лечение!*

**НОВИНКА
30 г**

* По данным ГРЛС, является единственным зарегистрированным лекарственным средством с комбинацией Мометазон + Эконазол + Гентамицин + Декспантенол.

** Третье место в номинации «Лучший инновационный продукт в сфере медицины, биотехнологий и фармацевтики» премии правительства Санкт-Петербурга за оригинальный комбинированный лекарственный препарат собственной разработки для применения в дерматологии.

Производитель:
АО «ВЕРТЕКС», 199106, Россия,
Санкт-Петербург, В.О., 24-я линия, д. 27А,
Горячая линия: 8-800-2000-305
(звонок по России бесплатный)
www.vertex.spb.ru
РЕКЛАМА

ВЕРТЕКС
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ
КОМПАНИЯ



Лучший инновационный продукт 2019 года**



клинических признаков (уретрит, конъюнктивит, артрит), ролью инфекционных (преимущественно *Chlamydia trachomatis*) генетических (носители HLA-B 27) и иммунных факторов. В терапии поражений кожи и слизистых оболочек (кератодермии, цирцинарного баланопостита) при болезни Рейтера используются комбинированные топические стероиды, обладающие высокой клинической эффективностью.

Список литературы / References

1. Рюмин Д. Лечение баланитов и баланопоститов. Д. Рюмин. Врач. 2006. С. 29–32. Ryumin D. Treatment for balanitis and balanoposthitis. Vrach. 2006; 29–32.
2. Перламутров Ю. Н., Чернова Н. И. Современный подход к совершенствованию терапии баланопоститов. Ю. Н. Перламутров, Н. И. Чернова. Фармакотерапия в дерматовенерологии. 2010. № 3. 61–65. Perlamutrov Yu. N., Chernova N. I. A modern approach to improving the therapy of balanoposthitis. Pharmacotherapy in dermatovenereology. 2010; 3: 61–65.
3. Круглова Л. С., Федоров Д. В. и соавт. Актуальные рекомендации по применению многокомпонентного препарата в дерматологии. Л. С. Круглова, Д. В. Федоров, А. Г. Стенько, Н. В. Грязева, А. Б. Яковлев. Медицинский алфавит. № 26. 2019. Т. 2. Дерматология. 67–72. Kruglova L. S., Fyodorov D. V., Stenko A. G., Gryazeva N. V., Yakovlev A. B. Actual recommendations for multicomponent drug use in dermatology. Medical Alphabet. 2019; 2 (26): 67–72.

Статья поступила / Received 24.03.2021
Получена после рецензирования / Revised 30.03.2021
Принята в печать / Accepted 09.04.2021

Сведения об авторах

Нефедьева Юлия Владимировна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии¹. E-mail: women200681@mail.ru.

Зиганшин Олег Раисович, д.м.н., проф., зав. кафедрой дерматовенерологии¹. E-mail: ziganshin_oleg@mail.ru.

Козавчинская Наталья Александровна, зав. стационарным отделением круглосуточного пребывания². E-mail: Dotor73@mail.ru.

Брик Виктория Владимировна, врач-дерматовенеролог стационарного отделения круглосуточного пребывания².

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

²ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», г. Челябинск

Автор для переписки: Нефедьева Юлия Владимировна. E-mail: women200681@mail.ru.

About authors

Nefedyeva Yulia V., PhD Med, associate prof. at Dept of Dermatovenereology¹. E-mail: women200681@mail.ru.

Ziganshin Oleg R., DM Sci, prof., head of Dept of Dermatovenereology¹. E-mail: ziganshin_oleg@mail.ru.

Kosavchinskaya Nataliya A., head of Dept of Round-the-Clock Inpatient Stay². E-mail: Dotor73@mail.ru.

Brik Victoria V., dermatovenereologist at Dept of Round-the-Clock Inpatient Stay²

¹Chelyabinsk State Medical University, Chelyabinsk, Russia

²Chelyabinsk Regional Clinical Skin and Venereal Diseases Dispensary, Chelyabinsk, Russia

Corresponding author: Nefedyeva Yulia V. E-mail: women200681@mail.ru.

Для цитирования: Нефедьева Ю. В., Зиганшин О. Р., Козавчинская Н. А., Брик В. В. Опыт терапии баланопостита комбинированным топическим стероидом. Медицинский алфавит. 2021; (9): 84–88. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-9-84-88>

For citation: Nefedyeva Yu. V., Ziganshin O. R., Kosavchinskaya N. A., Brik V. V. Chlamydial etiology balanoposthitis therapy experience with combined topic steroid. Medical alphabet. 2021; (9): 84–88. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-9-84-88>



15-16
апреля
2021

I конгресс с международным участием МОСКОВСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

Москва, Новый Арбат, 36, здание Правительства Москвы

Уважаемые коллеги!

15-16 апреля 2021 года в Москве пройдет I конгресс с международным участием «Московская ревматология»

Руководитель проекта: Загребнева Алена Игоревна, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующая отделением ревматологии 2 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», доцент кафедры общей терапии ФУВ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н.

Научный организатор: АНО «Высшая ревматология»

При поддержке: ГБУЗ «ГКБ №52» ДЗМ

Научная программа посвящена наиболее актуальным вопросам лечения, диагностики и профилактики ревматологических заболеваний, таких как ревматоидный артрит, подагра, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит/ПсСпА, системная красная волчанка, системная склеродермия, васкулиты и др.

С докладами выступят главные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, руководители учреждений здравоохранения федерального и регионального уровня, представители медицинской науки.

Выставочная экспозиция представит продукцию ведущих производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения, медицинских издательств.

Конгресс проходит в рамках проекта «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение» и объединяет ведущих специалистов врачей-ревматологов, терапевтов, врачей общей практики, дерматологов, неврологов, кардиологов, хирургов, травматологов, гинекологов, пульмонологов.

Адрес и место проведения: г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 36, здание Правительства Москвы, секторальные залы А, В, С

Вход на мероприятие по пригласительным билетам / Конгресс сопровождается онлайн трансляцией на сайте: www.imfd.ru

Организационно-технический исполнитель

Информационно-выставочное агентство
«ИнфоМедФарм Диалог»

127055, Москва, ул. Суцеская, д. 25, стр. 1
Тел.: (495) 797-62-92, (499) 750-07-27
www.imfd.ru

Координатор проекта: Иванова Евгения,
e-mail: ivanova@imfd.ru / тел. доб.: 121

Менеджер проекта: Мигунова Нина,
e-mail: nina@imfd.ru / тел. доб.: 122