СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ТЕРАПИИ БАЛАНОПОСТИТОВ

Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ, Н.И. ЧЕРНОВА

Current approach to improving balanoposthitis therapy

YU.N. PERLAMUTROV, N.I. CHERNOVA

Об авторах:
Ю.Н. Перламутров — заведующий кафедрой кожных и венерических болезней МГМСУ, профессор, доктор медицинских наук,заслуженный врач России
Н.И. Чернова — доцент кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ, кандидат медицинских наук

Широкое распространение баланопоститов обусловливает необходимость разработки высокоэффективных методов лечения. Активность клинических проявлений заболевания напрямую связана с состоянием местного иммунитета и условно-патогенной флоры, наличием вирусной инфекции. Применение спрея Эпиген интим, обладающего противовоспалительным, ранозаживляющим, противовирусным и иммуномодулирующим свойствами в лечении ирритантного баланопостита оказалось эффективным у 90% обследуемых. Терапия препаратом снижала длительность проявлений заболевания и увеличивала продолжительность ремиссии. Предлагаемый метод терапии позволяет оптимизировать лечение баланопоститов.
Ключевые слова: баланит, баланопостит, рецидивирующее течение, спрей Эпиген интим, целесообразность и эффективность терапии, безопасность.

Widespread occurrence of balanoposthitis results in the need to develop highly efficient treatment methods. The activity of clinical manifestations of the disease is directly related to the condition of local immunity and opportunistic flora as well as presence of a viral infection. Application of the Epigen Intim spray having anti-inflammatory, wound-healing, antiviral and immunomodulatory properties for treatment of irritant balanoposthitis proved to be efficient in 90% of the study subjects. The drug therapy reduced the duration of disease manifestations and increased the remission term. The suggested treatment method optimizes treatment of balanoposthitis.
Key words: balanitis, balanoposthitis, recurrent course, Epigen Intim spray, expediency and efficacy, safety.

Актуальность проблемы баланопостита обусловлена частотой его выявления, возможностью развития тяжелых осложнений, требующих оперативного вмешательства, а также негативным влиянием заболевания на качество жизни больных [1—3]. Баланит определяется как воспаление головки полового члена с частым вовлечением препуция (баланопостит). Известно, что головка и крайняя плоть полового члена могут подвергаться инфекционным и травматическим воздействиям, в связи с чем патологические изменения кожи в этой области встречаются чаще, чем на других участках кожного покрова человека. Вероятно, это связано как с особенностями строения кожи головки полового члена, так и с функциональной активностью органа [1, 2, 6]. Практикующие врачи (дерматовенерологи, урологи, андрологи) нередко пользуются классификацией заболевания, предложенной проф. И.И. Мавровым, который по этиологическому признаку выделял «первичные» и «вторичные» баланопоститы [3]. К первичным баланопоститам автор относит баланопоститы, развившиеся вследствие нарушения личной гигиены (как недостаточной, так и чрезмерной), физиологической предрасположенности (удлиненная крайняя плоть), травматизации при мастурбации или чрезмерно активном сексе. 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 (ИППП), диабета, аллергодерматозов или других заболеваний [3—7].

Этиологическими факторами, приводящими к развитию баланитов и баланопоститов, могут являться грибковые, аэробные, анаэробные, микобактериальные, протозойные вирусные инфекции, пузырчатка, склерозирующий и атрофический лишай [1—3, 6, 7].

Длительное течение баланопостита может привести к стойкому фимозу, появлению остроконечных кондилом, рецидивированию генитального герпеса.

На основании вышесказанного поиск новых безопасных высокоэффективных препаратов,

© Ю.Н. Перламутров и соавт., 2010
Vestn Dermatol Venerol 2010; 3: 61–65
Контактная информация: (499) 973-48-06

обладающих противовирусным, противовоспалительным и иммуномодулирующим свойствами, весьма актуален. В этой связи представляет интерес спрей Эпиген интим — препарат растительного происхождения (основное действующее вещество — активированная глицирризиновая кислота, полученная из корня солодки). Противовирусное действие препарата обусловлено ингибированием вирусов простого герпеса, папилломы человека и цитомегаловирусов. Противовоспалительный эффект основан на ингибировании активности фосфолипазы А, образования простагландина E_2 в активированных макрофагах, движения лейкоцитов в зону воспаления, потенцировании кислородзависимых механизмов фагоцитоза. Иммуномодулирующий эффект спрея Эпиген интим проявляется увеличением концентрации эндогенного интерферона. Регенерирующее действие Эпигена обусловлено улучшением процессов репарации кожи и слизистых.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения глицирризиновой кислоты (спрея Эпиген интим) в терапии первичных ирритантных баланопоститов.

Материал и методы

Обследованы 60 больных в возрасте от 18 до 60 лет с ирритантным баланопоститом, у которых были исключены инфекции, передаваемые преимущественно половым путем (кроме вирусных), а также эндокринная патология. Длительность заболевания составляла от 6 до 36 мес.

При оценке клинической картины заболевания учитывали наличие субъективных симптомов (жалобы на зуд, жжение, боль в области половых органов) и объективных изменений на головке полового члена и крайней плоти (гиперемия, отечность, сухость, налет, трещины, эрозии, мацерация).

Оценку клинических признаков проводили с учетом интенсивности проявлений по четырехбалльной школе:

1 балл — отсутствие признака; 2 балла — слабое проявление признака; 3 балла — выраженное проявление признака; 4 балла — существенно выраженное проявление признака.

Клиническая оценка симптомов заболевания проводилась на первичном клиническом осмотре (до начала лечения), а также на контрольных осмотрах, осуществляемых 2 раза каждые 5 дней, затем через 10 дней после окончания терапии и 1 раз в месяц в течение 90 дней наблюдения (всего 7).

Всем пациентам проводились микроскопическое, культуральное и генодиагностическое исследования (мазок — отпечаток на флору, посев на микробактериальную флору и грибы рода *Candida* с определением чувствительности к антибиотикам, определение ДНК вируса простого герпеса — ВПГ, вируса папилломы человека — ВПЧ методом ПЦР в реальном масштабе времени).

Микробиологическому исследованию подвергали клинический материал, взятый с кожи препуциального мешка, венечной борозды, головки полового члена и из мочеиспускательного канала. Видовую идентификацию грамотрицательной и грамположительной микрофлоры проводили с помощью биохимических панелей ENTEROtest и NEFERMtest («Lachema», Чехия). Для выделения дрожжеподобных грибов *Candida* использовали среду Сабуро.

Кратность обследования

Забор материала для лабораторных исследований проводили до лечения и через месяц после его окончания.

Оценка эффективности и переносимости препарата проводилась путем анализа динамики субъективных и объективных симптомов по следующим критериям: клиническая ремиссия (полный регресс патологического процесса), значительное улучшение (регресс большей части высыпных элементов), улучшение (уменьшение клинических проявлений), без эффекта (отсутствие положительной динамики в течении кожного процесса на протяжении всего лечения), ухудшение (ухудшение клинической симптоматики заболевания); изменений микроскопической картины мазков-отпечатков и показателей культурального исследования, а также на основании отсутствия ДНК ВПГ типов 1,2, ВПЧ в соскобах из урогенитального тракта после лечения при исследовании методом ПЦР в реальном масштабе времени.

Результаты

Ирритантный баланопостит наиболее часто встречался у больных в возрасте от 26 до 35 лет, однако наблюдался и в других возрастных группах, что согласуется с данными литературы о возможности развития заболевания в любом возрасте. Обследованные нами больные распределялись по возрасту следующим образом: в возрасте от 18 до 20 лет был 1 больной, от 21 года до 25 лет — 4 больных, от 26 до 30 лет — 15, от 31 года до 35 лет — 18, от 36 до 40 лет — 8, от 41 года до 45 лет — 6, от 46 до 50 лет — 5, от 50 до 55 лет — 3.

При первичном визите все пациенты, включенные в исследование, предъявляли жалобы на зуд, жжение и боль, отек и покраснение в области головки полового члена и крайней плоти, усиливающиеся после полового акта. Из объективных симптомов отмечались налет и мокнутие — по 54 (90%) больных соответственно, эрозии — у 16 (26,4%), трещины крайней плоти и сухость — по 6 (10%) больных.

Практически у всех больных было обнаружено сочетание нескольких признаков баланопостита.

При оценке клинического статуса у большинства пациентов наблюдалась умеренная или значительно выраженная интенсивность клинических проявлений баланопостита (табл. 1). Длительность симптомов колебалась в среднем от 7 до 10 дней, частота обострений варьировала от 6 до 12 раз в год. При этом больные отмечали тенденцию к увеличению и учащению периодов обострений с течением времени.

При микроскопическом изучении материала, взятого с кожи головки полового члена и из уретры, отмечали сплошной слой эпителия во всех полях зрения у 60 больных, обильную смешанную флору — у 54, скудную флору — у 6. Количество лейкоцитов в соскобах из уретры у всех обследованных не превышало 5 в поле зрения. В мазках-отпечатках с кожи головки полового члена и крайней плоти у 9 человек лейкоциты обнаруживались в пределах 0—5 в поле зрения, у 36 больных — от 5 до 10, у 15 пациентов — более 15.

Культуральное исследование, проведенное у наблюдавшихся больных, позволило идентифицировать флору (табл. 2).

Отмечен незначительный рост (в пределах нормы) таких возбудителей, как *Staphylococcus epidermalis, Escherichia coli, Candida albicans*.

При исследовании соскобов из уретры и с кожи головки полового члена и крайней плоти при помощи методов ПЦР и ПЦР в реальном масштабе времени ДНК ВПГ 1-го и 2-го типов выявляли в клинически незначимых титрах у 24 больных, в клинически значимом титре — у 36 человек. ДНК ВПЧ высокого и низкого канцерогенного риска в клинически значимом титре обнаружена у 39 больных, в клинически незначимом титре — у 21. В анамнезе 42 пациента указывали на наличие рецидивирующего генитального герпеса, 28 больных — на клинические проявления папилломавирусной инфекции.

В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы по 30 человек в каждой: в 1-й группе лечение проводили кремом клотримазол, во 2-й группе применяли спрей Эпиген интим.

Крем клотримазол наносили на кожу головки полового члена и крайней плоти 2 раза в сутки утром

Таблица 1

Распределение больных (*n* = 60) в зависимости от вида и интенсивности клинических признаков баланопостита

Симптом	Интенсивность признака			
	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
	Число больных			
Налет	6	21	15	18
Зуд	0	8	42	10
Жжение	0	8	10	42
Боль	0	51	6	3
Инфильтрация	0	8	38	14
Гиперемия	0	11	46	13
Сухость	54	3	3	0
Трещины	54	2	3	1
Эрозии	44	2	9	5
Мацерация	6	14	18	22

Таблица 2

Результаты культурального исследования

Возбудитель	Отделяемое, КОЕ	Число случаев
Стафилококки	102—103	45
Энтерококки	102	32
Кишечная палочка	102—103	27
Мобилункус	102—103	18
Грибы рода Candida	102—103	36

и вечером, тонким слоем (0,3—0,5 см препарата), после пятиминутной ванночки со светло-розовым раствором перманганата калия. Спрей Эпиген интим в объеме 2 доз наносили на головку полового члена и крайнюю плоть 4 раза в сутки путем распыления с расстояния 4—5 см двумя нажатиями клапана. Курс лечения составлял 10 дней.

В результате проведенной терапии исчезновение субъективных ощущений и регресс объективных симптомов заболевания наблюдали у 52 пациентов, принявших участие в исследовании. Однако динамика клинических проявлений в группах больных была неодинаковой.

В группе терапии клотримазолом регресс гиперемии и отека кожи головки полового члена и крайней плоти зарегистрирован через 4—7 дней у 23 больных. Указанные признаки сохранялись на 10-й день лечения у 7 человек. Купирование зуда и жжения на 2—3-й день лечения отмечали 4 больных, на 5-й день лечения — 16 больных, на 10-й день — 4 больных, у 6 пациентов зуд и жжение кожи после лечения сохранялись. Болевые ощущения в области головки полового члена и крайней плоти регрессировали у всех 30 мужчин в течение первых 3 дней лечения. Поверхностные эрозии эпителизировались на 3-й день лечения у 2 больных, на 6-й день — у 2 человек, на 9-й день лечения — у 3 больных. У 3 пациентов мелкие трещины крайней плоти эпителизировались на 8—10-й день лечения. Явления мацерации на 5-й день лечения наблюдали у 14 человек, на 10-й день лечения — у 7. Больные во время лечения отмечали скопление крема клотримазола под внутренним листком крайней плоти, что вызывало неприятные ощущения.

Динамика регресса гиперемии и отека кожи головки полового члена и крайней плоти у больных, получавших терапию спреем Эпиген интим, была следующей: через 3—4 дня отсутствие признаков отмечали 8 человек, через 5—7 дней — 18, на 10-й день терапии незначительные жалобы оставались у 4 пациентов. Исчезновение зуда и жжения на 2—3-й день лечения отмечали 11 больных, на 5-й день лечения — 15, на 9-й день — 4. Болевые ощущения в области головки полового члена и крайней плоти регрессировали у 27 мужчин в течение первых 3 дней лечения. Поверхностные эрозии эпителизировались на 3-й день лечения у 4 больных, на 6-й — у 3, на 8-й день лечения — у 2. У 3 пациентов мелкие трещины крайней плоти эпителизировались на 4—5 день лечения. Явления мацерации на 5-й день лечения наблюдались у 9 человек, на 10-й день купировались у всех пациентов.

Таким образом, при использовании спрея Эпиген интим уменьшались сроки разрешения воспалительных изменений на головке полового члена и крайней плоти, что способствовало повышению качества жизни пациентов уже на ранних сроках лечения.

Следует отметить, что все больные переносили лечение хорошо. Случаев ухудшения, а также развития аллергических реакций на фоне применения спрея Эпиген интим мы не зарегистрировали. Больные высоко оценили результаты терапии, особенно отметив удобство применения препарата.

При микроскопическом исследовании материала, взятого с поверхности кожи венечной борозды и головки полового члена после лечения, нормализация мазков отмечалась у 27 пациентов, получавших терапию клотримазолом, и у 25 человек, леченных спреем Эпиген интим.

При исследовании соскобов из урогенитального тракта методами ПЦР и ПЦР в реальном масштабе времени через 21—28 дней после терапии спреем Эпиген интим ДНК ВПГ 1-го и 2-го типов не обнаруживалась у 26 пациентов, у 4 больных она выделялась в клинически незначимом титре. ДНК ВПЧ в этой группе больных после лечения выявлялась только у 6 человек. После терапии клотримазолом у 11 человек ДНК ВПГ типов 1 и 2, а также ВПЧ высокого и низкого канцерогенного риска не определялись, у 12 пациентов они выделялись в клинически незначимом титре, у 7 пациентов — в клинически значимом титре.

Таким образом, после лечения ДНК ВПГ типов 1 и 2 и ВПЧ в группе терапии спреем Эпиген интим выявлялись значительно реже, чем в группе терапии клотримазолом.

Применение спрея Эпиген интим снижало частоту выделения ВПГ и ВПЧ из урогенитального тракта больных за счет противовирусного и иммуномодулирующего действия.

Положительный клинический эффект в группе лечения спреем Эпиген интим наблюдался у 90% мужчин (табл. 3).

После лечения пациентам, получавшим спрей Эпиген интим, было рекомендовано профилактическое использование препарата по 2 дозы до и после половых контактов.

При наблюдении за больными в течение 90 дней после лечения в 1-й группе рецидивы наблюдали у 19 (63%) человек, из них у 9 отмечалось появление остроконечных кондилом, у 7 — рецидив генитального герпеса.

В группе терапии спреем Эпиген интим ремиссия отмечена у 26 (86%) человек, единичные эпизоды ирритантного баланопоста наблюдали у 4 (13%) больных, клинических проявлений генитального герпеса и/или папилломавирусной инфекции не отмечено. Продолжительность рецидивов уменьшилась в 1,5 раза по сравнению с данными до лечения (10,02 ± 1,4 дня) и составила 5,4 ± 1,51 дня ($p < 0,05$).

Все больные отмечали положительный эффект от применения спрея Эпиген интим в профилактическом режиме, что выражалось в повышении качества жизни.

Таблица 3

Результаты терапии больных

Результат лечения	1-я группа (n = 30)	2-я группа (n = 30)
Клиническая ремиссия	15	18
Значительное улучшение	6	8
Улучшение	4	1
Без эффекта	5	3
Ухудшение	0	0

Выводы

1. Нанесение спрея Эпиген интим на кожу головки полового члена и крайней плоти по 2 дозы 4 раза в сутки в течение 10 дней с целью терапии ирритантных баланопоститов дало положительный эффект у 27 (90%) пациентов.

2. Применение спрея Эпиген интим уменьшало длительность клинических проявлений в 1,5—2 раза у 24 (80%) больных.

3. Использование препарата в профилактическом режиме: по 2 дозы до и после половых контактов или воздействия других провоцирующих факторов способствовало установлению ремиссии у 26 человек (при наблюдении за больными в течение 3 мес.).

4. Ни в одном случае в процессе применения спрея Эпиген интим не зарегистрировано нежелательных побочных явлений или аллергических реакций.

5. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость и комфортность использования спрея Эпиген интим, отмеченные у большинства леченых пациентов, позволяют рекомендовать препарат для широкого применения в терапии ирритантных баланопоститов.

Литература

1. Баткаев Э.А., Рюмин Д.В. Опыт лечения баланопоститов кандидозной этиологии препаратом 1% крем «Батрафен». Вестник последипломного медицинского образования. 2003; (2): 21—22.
2. Баткаев Э.А., Рюмин Д.В., Шаков И.М. «Гепон» в практике лечения герпетической и кандидозно-трихомонадной инфекций урогенитального тракта. Вестник последипломного медицинского образования 2003; (2): 38—40.
3. Мавров И.И. Половые болезни: Энцикл.-справ. — К.: Укр. энцикл.; М.: «АСТ-Пресс»; 2002: 480.
4. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматология. М.: Медицина, 1965: 42, 285, 384, 385.
5. Тиктинский О.Л. (ред.). Руководство по андрологии. Л.: Медицина, 1990, — 416: 112—113.
6. Эдварде С. Баланит и баланопостит: обзор. Заболевания, передаваемые половым путем. 1997; (1): 20—24.
7. Хамаганова И.В., Пивень Н.П., Разакова Р.Ю. Розамет в терапии неспецифических баланопоститов и вульвовагинитов. Вестн. дерматол. и венерол. 2006; (2): 54—55.

Эпиген Интим

Иммуномодулятор растительного происхождения с выраженным противовирусным действием

ЭПИГЕН СПРЕЙ УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА АНОМАЛЬНЫМИ НУКЛЕОЗИДАМИ (БЫСТРО СНИМАЕТ ЗУД, УСКОРЯЕТ ЗАЖИВЛЕНИЕ ВЫСЫПАНИЙ, СНИЖАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ РЕЦИДИВОВ).

ЭПИГЕН СПРЕЙ БЫСТРО СНИМАЕТ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ БАЛАНОПОСТИТА: ЗУД, ГИПЕРЕМИЯ, ИНФИЛЬТРАЦИЯ.



ЭПИГЕН СПРЕЙ СНИЖАЕТ РЕЦИДИВЫ БАЛАНОПОСТИТА В 5 РАЗ.

ЭПИГЕН СПРЕЙ УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ ИНФЕКЦИЙ (РЕГРЕСС КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ: ЗУД, ЖЖЕНИЕ, ВЫДЕЛЕНИЯ ЗА 24 ЧАСА).

ЭПИГЕН СПРЕЙ СНИЖАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ РЕЦИДИВОВ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В 2 РАЗА.

КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ	СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИГЕН ИНТИМ СПРЕЙ
Пациенты из группы риска по развитию клинических форм папилломавирусной инфекции: ○ Болен половой партнер ○ Частая смена половых партнеров ○ Наличие другого заболевания передаваемого половым путем ○ Раннее начало половой жизни	Профилактика клинических форм папилломавирусной инфекции – до и после полового акта
Бессимптомные формы папилломавирусной инфекции	Курсами по 7-10 дней, 2 раза в день, в течение 6 мес.
Аногенитальные кондиломы	До удаления кондилом: 7-10 дней, 2-3 раза в день После удаления кондилом: курсами 7-10 дней, 2-3 раза в день
Клинические проявления генитального герпеса	При появлении первых признаков до 6 раз в день, в течение 3-5 дней, далее 2-3 раза в день 14 дней
Профилактика рецидивов генитального герпеса	Наружно и интравагинально с 18-20 дня менструального цикла до окончания менструации 2 раза в день утром и вечером
Состояния снижения иммунитета (рецидивирующие формы кандидоза, вульвовагинита, бактериальный вагиноз)	В составе комплексной терапии 3-4 раза в день в течение 7-10 дней

1. ZLENKOVA HANA ET AL. PREPARATIONS CONTAINING GLYCYRRHIZIC ACID EMPLOYED IN DERMATOVENEREOLOGIC PRACTICE. CONCLUSIONS OF AN INTERNATIONAL MULTICENTRE STUDY. DERMATOLOGIA KLINICZNA 2005, 7 (3).
2. ПРИЛЕПСКАЯ В. Н., СУХИХ Г. Т. и др. НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ РАМН РФ, г. МОСКВА, 2007 г.
3. ПЕРЛАМУТРОВ Ю. Н., ЧЕРНОВА Н. И. «СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ТЕРАПИИ БАЛАНОПОСТИТОВ». ВЕСТНИК ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ. № 3–2010.

Производитель: «Хеминова Интернасьональ С. А.», Испания.
Официальный дистрибьютор по Казахстану: ТОО «ORAI»
e-mail: info@orai.kz
www.orai.kz