

Клинико-диагностические аспекты некоторых форм баланопостита

К.И. Забиров^{✉1}, В.И. Кисина^{1,2}, Л.А. Ходырева³, В.Ю. Мусаков¹, Р.О. Жуковский¹, Т.В. Леванович¹, И.Д. Сизова¹, Л.В. Вечтомова¹

¹ГБУЗ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы. 119071, Россия, Москва, Ленинский пр., д. 17;

²ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2;

³ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы. 129090, Россия, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 5/1, стр. 1

В помощь практическому врачу в статье приводятся современные данные об инфекционных/паразитарных и неинфекционных формах баланопостита. Излагаются этиология, клинические проявления, диагностика и лечение баланопостита с клиническим наблюдением его редкой формы – синдрома *larva migrans*. Каждая форма баланопостита иллюстрируется фотографией.

Ключевые слова: инфекционный/неинфекционный баланопостит, этиология, клиника, лечение.

✉Kisina2005@yandex.ru

Для цитирования: Забиров К.И., Кисина В.И., Ходырева Л.А. и др. Клинико-диагностические аспекты некоторых форм баланопостита. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (7): 72–77.

Clinical and diagnostic aspects of some forms of balanoposthitis

K.I. Zabirov^{✉1}, V.I. Kisina^{1,2}, L.A. Khodyreva³, V.Yu. Musakov¹, R.O. Zhukovskiy¹, T.V. Levanovich¹, I.D. Sizova¹, L.V. Vechtomova¹

¹Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology of the Department of Health of Moscow. 119071, Russian Federation, Moscow, Leninskiy pr., d. 17;

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaya, d. 8, str. 2;

³Research Institute of Health and Medical Management of the Department of Health of Moscow. 129090, Russian Federation, Moscow, Bol'shaia Sukharevskaya pl., d. 5/1, str. 1

To help the practitioner in the article the modern data on infectious / parasitic and non-infectious forms of balanoposthitis. Outlines etiology, clinical manifestations, diagnosis and treatment balanoposthitis with clinical observation of his rare form – syndrome *larva migrans*. Each form balanoposthitis is illustrated by a photograph.

Key words: infectious/non-infectious balanoposthitis, etiology, clinical features, treatment.

✉Kisina2005@yandex.ru

For citation: Zabirov K.I., Kisina V.I., Khodyreva L.A. et al. Clinical and diagnostic aspects of some forms of balanoposthitis. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (7): 72–77.

Введение

Кожа головки полового члена (ГПЧ) и крайней плоти подвержена разным неблагоприятным воздействиям механического, термического, химического характера, а также влиянию ряда инфекционных агентов.

В развитии большого многообразия изменений кожи ГПЧ и крайней плоти важное значение имеют не только источник повреждения (инфекционный и неинфекционный агенты), но и особенности строения эпидермиса и дермы [1, 2]. Последние обуславливают предрасположенность данной области к мацерации, образованию эрозивных и эрозивно-язвенных дефектов с развитием выраженной экссудативной реакции, осложняющей баланопостит (balanoposthitis – воспаление ГПЧ и внутреннего листка крайней плоти; постит – posthitis – воспаление крайней плоти) развитием фимоза и парафимоза. Кожа ГПЧ может поражаться при таких заболеваниях, как псориаз, красный плоский лишай, склероатрофический лишай, себорейный дерматит, пузырчатка и др. [3].

Важное значение в развитии баланопостита имеют анатомо-физиологические особенности строения препуциального мешка, в котором вследствие ряда физиологических причин создаются благоприятные условия для скопления смегмы и контаминации аэробными, анаэробными микроорганизмами и вирусами, что гораздо реже наблюдается у пациентов, ранее перенесших *circumcisio* (обрезание крайней плоти) [4, 5].

В состав нормальной микрофлоры препуциального мешка входят *Staphylococcus* spp., *Propionibacterium acnes*, *Bacteroides melanogenicus* и в редких случаях – *Proteus mi-*

rabilis, при этом бактериальная контаминация ГПЧ у пациентов, ранее перенесших *circumcisio*, значительно ниже, чем у неоперированных мужчин.

Недостаточная гигиена так же, как и частая гигиеническая обработка препуциальной области с использованием антисептических средств, может способствовать реализации патогенных свойств условно-патогенной микрофлоры и развитию воспалительного процесса.

Активизация действия указанных факторов может происходить при наличии фимоза, удлинённой крайней плоти, а также у больных сахарным диабетом, микседемой, в пожилом и старческом возрасте.

Этиология и эпидемиология баланопостита/баланита*

Баланопостит может иметь инфекционную и неинфекционную этиологию, стать проявлением системных кожных заболеваний как инфекционного, так и неинфекционного генеза, новообразований. Также заболевание может носить локализованный характер (медикаментозный, аллергический, контактный, травматический и имплантационный баланопостит).

Баланопостит имеет индивидуальную распространенность в разных странах мира в зависимости от уровня жизни, организации системы здравоохранения, религиозного мировоззрения и других особенностей.

По данным Всемирной организации здравоохранения, баланопостит составляет 47% в структуре заболеваний кожи ПЧ и 11% всех обращений пациентов в кабинеты и клиники урогенитальных инфекций. Заболевание является

*Баланит (balanitis) – воспаление ГПЧ.

Рис. 1. Кандидозный баланопостит.



Рис. 2. Аэробный баланопостит.



широко распространенным и встречается с разной частотой в любой возрастной группе.

В данной статье будут изложены клинические, диагностические и лечебные аспекты некоторых форм баланопостита.

Кандидозный баланопостит

Заболевание является одной из наиболее распространенных микотических инфекций кожи ПЧ. Помимо самостоятельного поражения и развития баланопостита имеет место вторичное присоединение кандидозной инфекции на фоне уже имеющегося баланопостита другой этиологии. Чаще кандидозный баланопостит (рис. 1) диагностируется у пациентов с сахарным диабетом при наличии факторов риска.

Возбудитель – дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. Характерными симптомами кандидозного баланопостита являются зуд, жжение кожи ПЧ, появление налетов или выделений из препуциального мешка, характер которых может варьировать от белесоватых слизистых до гнойных (в случае присоединения бактериальной инфекции). Воспалительные элементы могут быть представлены эритемой ПЧ и внутреннего листка крайней плоти, пустулами, эрозиями. Рецидивирующее течение баланопостита характеризуется развитием рубцово-склеротических изменений и ущемляющего кольца внутреннего листка крайней плоти (препуциального мешка) с формированием фимоза [6].

Аэробный баланопостит

Возбудители: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp., *Gardnerella vaginalis* и реже другие микроорганизмы, не относящиеся к возбудителям инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Клинические симптомы аэробного баланопостита (рис. 2) не патогномоничны и проявляются гиперемией и отеком кожи ПЧ, крайней плоти.

Диагностика: исследование биологического материала препуциального мешка для установления этиологии заболевания. После исключения возбудителей ИППП с помощью полимеразной цепной реакции – ПЦР (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*) осуществляется культуральная или ПЦР-диагностика (в количественном формате) для идентификации этиологического агента.

Анаэробный баланопостит

Возбудители: *Bacteroides* spp., *T. vaginalis*, *Treponema* spp. (кроме *Treponema pallidum*), *Fusobacteriae* spp.

Для клинической картины анаэробного баланопостита (рис. 3) характерны отечность и гиперемия кожи ПЧ, крайней плоти с эрозивными элементами и наличием се-

Рис. 3. Анаэробный баланопостит.



розно-гнойного экссудата в препуциальном мешке, паховый лимфаденит.

Возможны как легкие, так и тяжелые формы течения воспалительного процесса [7].

Диагностика анаэробного баланопостита базируется на результатах клинического и лабораторного обследования. Для исключения сифилиса, аногенитального герпеса используются молекулярно-биологические и серологические методы исследования. Также осуществляются микробиологические (микроскопические и культуральные) исследования для установления этиологии баланопостита. Учитывая, что урогенитальный трихомоназ относится к ИППП, осуществляется регистрация заболевания в установленном порядке и проводятся обследование и лечение половых партнеров больного трихомонадным баланопоститом.

Баланопостит как проявление аногенитальной герпетической вирусной инфекции

Аногенитальный герпес относится к ИППП.

Возбудителем аногенитального герпеса является вирус простого герпеса типа 2 (ВПГ-2), значительно реже – ВПГ типа 1 (ВПГ-1).

У 50–70% инфицированных ВПГ-2 заболевание протекает субъективно асимптомно или сопровождается слабо выраженными проявлениями.

Локализация аногенитальной герпетической вирусной инфекции у мужчин (рис. 4):

- При первичном эпизоде: ПЧ, тело ПЧ, венечная борозда, крайняя плоть, мошонка, бедра, ягодицы (герпетический

проктит – часто диагностируется у гомосексуалистов и характеризуется болезненностью, тенезмами и выделениями из прямой кишки, которая может быть поражена на высоту до 10 см и более).

- При рецидиве: тело ПЧ, ягодицы.
Элементы сыпи:
- При первичном эпизоде: последовательно появляются гиперемированная бляшка, вслед за которой группы везикул, вскрывающиеся с образованием эрозии. Сливаясь, эрозии образуют обширные язвы с мокнущей или покрытой корками поверхностью. Дефекты разрешаются в течение 2–4 нед, оставляя гипо- или гиперпигментированные пятна. Высыпания могут опоясывать ПЧ.
- При рецидиве: элементы сыпи аналогичны таковым при первичном эпизоде, но отмечаются незначительной их выраженностью. Гиперемированная бляшка, имеющая 1–2 см в диаметре, покрытая везикулами, после вскрытия которых образуются эрозии. Разрешение высыпаний отмечается через 1–2 нед.
Поражение других органов:
- Региональный лимфаденит характеризуется увеличением (как правило, односторонним) паховых лимфатических узлов (ЛУ), болезненными, без флюктуации.

Клиническая картина аногенитального герпеса

Первичный герпес половых органов часто сопровождается лихорадкой, головной болью, миалгией. Состояние ухудшается на протяжении 3–4 сут после проявления высыпаний и в течение последующих 3–4 сут нормализуется. Наблюдаются боль, зуд, дизурия, выделения из мочеиспускательного канала. На 2–3 нед увеличиваются и становятся болезненными паховые ЛУ. При поражении ЛУ таза появляется боль внизу живота.

При рецидивирующем герпесе половых органов в продромальном периоде отмечаются жжение, предшествующее появлению высыпаний, дизурия, ишиалгия, болезненность в области прямой кишки.

При первичном герпесе половых органов и его рецидивирующем течении могут иметь место симптомы асептического менингита, обусловленного ВПГ-2.

У многих пациентов поражения области гениталий могут быть приняты за другие заболевания, характеризующиеся эрозивно-язвенными высыпаниями (сифилис, шанкроид, паховая гранулема, хламидийная лимфогранулема). В связи с этим следует избегать установления диагноза исключительно на основании клинических симптомов [8].

Лабораторная диагностика

- Выявление вируса с помощью прямых методов диагностики рекомендовано во всех случаях обнаружения клинических проявлений генитального герпеса.
- У всех пациентов с первичным эпизодом генитального герпеса необходимо проводить типирование вируса, определяя ВПГ-1 и ВПГ-2, с целью выбора правильного подхода к консультированию больного, его лечению и профилактике.
- Молекулярно-биологические методы (ПЦР в реальном времени) – предпочтительный метод диагностики, позволяющий увеличить частоту обнаружения вируса в пораженных участках кожи и слизистой на 11–71% по сравнению с культуральным исследованием.

Серологические исследования с типированием вируса

Исследование сыворотки крови серологическими методами не рекомендовано у бессимптомных пациентов. Данный метод показан следующим группам больных:

- Рецидивирующий генитальный герпес или герпес с атипичной клинической картиной в отсутствие обнаружения вируса прямыми методами в анамнезе.

Рис. 4. Баланопостит как проявление аногенитальной герпетической вирусной инфекции.



Рис. 5. Баланит Зоона.



- При первичном эпизоде генитального герпеса для проведения дифференцирования между первичным или уже существующим инфицированием с целью консультирования и ведения пациентов.
- При обследовании половых партнеров пациентов с генитальным герпесом, когда возникают вопросы о возможности передачи инфекции.
- «Золотым стандартом» диагностики является иммуноблоттинг (Western blot, WB). Чувствительность и специфичность метода составляют 97 и 98% соответственно. Однако этот метод требует значительных затрат, что делает его коммерчески малодоступным.
Дифференциальную диагностику аногенитальной герпетической инфекции следует производить с сифилисом, шанкроидом, фиксированной токсикодермией, гонококковой инфекцией, фолликулитом, буллезным пемфигоидом, пузырчаткой.

Все пациенты с эрозивно-язвенными высыпаниями в аногенитальной области должны быть обследованы на сифилис, хламидийную, гонококковую, трихомонадные инфекции, инфекцию *M. genitalium*, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты.

Плазменноклеточный (плазмоцеллюлярный) баланит Зоона

Заболевание чаще встречается у мужчин старше 30 лет.

Типичными клиническими проявлениями становятся блестящие оранжево-красные пятна на коже ГПЧ, имеющие

Рис. 6. Ксеротический облитерирующий баланопостит.



Рис. 7. Псориазический баланопостит.



щие четкие границы, на поверхности которых имеются более мелкие (размером с булавочную головку) красные пятнышки («пятнышки кайенского перца»). Симптомы баланита Зоона (рис. 5) иногда напоминают эритроплазию Кейра (предраковое заболевание), в связи с чем следует проводить морфологическое исследование [9].

При морфологическом исследовании баланита Зоона выявляют атрофию эпителия, расширение межклеточных промежутков, дискератоз без признаков атипии. В дерме определяется плотный плазмодитарный инфильтрат [10].

Для консервативного лечения возможно использование местнодействующих препаратов, таких как Тридерм, Пимафукорт, – 1–2 раза в день до разрешения клинических симптомов.

Имеются сообщения о том, что *circumcisio* приводит к разрешению очагов поражения [11].

Ксеротический облитерирующий баланопостит

При остром развитии ксеротического облитерирующего баланопостита (рис. 6) клинические проявления заключаются в наличии гиперемии, отека ПЧ с последующим появлением четко отграниченных, с белесоватым ободком, эрозивных поверхностей в сочетании с обильным серозным или серозно-геморрагическим отделяемым из препуциального мешка.

Присоединение вторичной бактериальной микрофлоры приводит к формированию эрозий и язв на ПЧ и крайней плоти, выраженным болевым синдромам при эрекции и диспареунии.

Хроническое течение заболевания характеризуется наличием истонченных, белесоватых рубцово-подобных зон в области ПЧ и крайней плоти в сочетании с беловато-серебристыми гиперкератическими папулами, склонными к слиянию с образованием блестящих с четкими границами бляшек. Кожа ПЧ и крайней плоти истончена, выражена «морщинистая» атрофия с участками мелкой телеангиоэктатической сети.

Подобные изменения кожи ПЧ в некоторых случаях приводят к развитию злокачественных образований в данной анатомической зоне, что требует динамического наблюдения за больным [12].

Псориазический баланопостит

Псориаз – распространенный неинфекционный папуло-чешуйчатый дерматоз, клинические проявления которого в некоторых случаях могут быть исключительно генитальными, но, как правило, у пациентов имеются кожные проявления ограниченной локализации – «дежурные бляшки» на разных участках тела.

Клиническая картина псориазического баланопостита (рис. 7) характеризуется наличием на ПЧ и внутренней листке крайней плоти типичных резко отграниченных темно-красного цвета бляшек, покрытых серебристыми чешуйками.

У мужчин, подвергнутых *circumcisio*, высыпания обнаруживаются на ПЧ и по венечной борозде.

Простой контактный баланопостит

Чаще всего бывает ирритационным из-за постоянно присутствующей влажной среды и мацерации. При контактном ирритационном баланопостите (рис. 8) раздражающие химические вещества или лекарственные препараты, применяемые для санации половых органов, приводят к появлению высыпаний.

Для описания данного вида поражений часто применяется термин «экзема», так как наряду с эритемой на коже ПЧ появляются очаги мокнутия и отека.

Клиническая картина может варьировать от ярко-красных мокнущих очагов на отечной поверхности кожи с образованием пузырей до проявлений хронического течения с возникновением чешуек на сухой коже с изменением пигментации.

Аллергический баланопостит

Представляет собой реакцию гиперчувствительности замедленного типа. После сенсибилизации аллергеном через 48–72 ч появляются отечность кожных покровов ПЧ, эритематозные высыпания с четкими границами.

Для обнаружения этиологического агента целесообразно провести пробу на аллергены. Область поражения обычно не ограничивается гениталиями.

Клиническая картина лекарственной аллергии проявляется на коже ПЧ и крайней плоти ярко красными высыпаниями округлой или овальной формы с образованием пузырьков (рис. 9).

При прогрессировании заболевания появляются поверхностные эрозии и изъязвления. Очаги поражения могут быть множественными, сопровождаясь зудом, жжением и болью.

Синдром *larva migrans*

Личинки некоторых нематод, проникая в организм человека, совершают сложную миграцию, повреждая на своем пути кожу и внутренние органы. На коже появляются извитые растущие эритематозные высыпания, рисунок которых соответствует подкожной миграции личинки гельминта (рис. 10).

Синонимы: заболевания, вызываемые мигрирующими личинками гельминтов; «личинка мигрирующая».

Рис. 8. Контактный баланопостит.



Рис. 9. Аллергический баланопостит.



Этиология

Самый частый возбудитель – *Ancylostoma braziliense*, которая широко распространена в центральных и юго-восточных штатах США, странах Юго-Восточной Азии.

Заражение – яйца гельминтов созревают в почве или песке, обычно в теплых тенистых местах. Вышедшие из яиц личинки проникают в организм человека через кожу.

Клинический случай

Пациент К. 43 лет обратился 21.03.2014 в урологический кабинет ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы с жалобами на зуд в области ГПЧ и появление локальных «узорчатых» эритематозных высыпаний на ГПЧ. Из анамнеза известно, что клинические проявления заболевания манифестировали через 6–10 дней после отдыха в Таиланде. Болен в течение 7 мес. При физикальном обследовании на коже ГПЧ определяются элементы сыпи: извитая, слегка возвышающаяся над поверхностью кожи полоска шириной 2–3 мм с внутрикожным ходом, заполненным серозной жидкостью. Проведена комплексная лабораторная диагностика, при которой в гемограмме отмечена выраженная эозинофилия, а при микроскопическом исследовании нативного препарата биологического материала участков пораженной кожи ГПЧ обнаружены фрагменты жизнеспособных личинок нематоды *A. braziliense*.

Ведение пациента было согласовано со специалистами НИИ медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И.Марциновского.

Проведено лечение в объеме: кортикостероидный крем (Дермовеит) для наружного применения 2 раза в день с одновременным приемом таблетированного антигельминтного препарата Альбендазол по 400 мг в день в течение 5 сут с последующей криодеструкцией жидким азотом на «растущий» край внутрикожного хода (2 сеанса с интервалом в 4 дня). На 4-е сутки комплексного лечения отмечен регресс кожных высыпаний. На 15-е сутки отмечено полное разрешение локальных изменений кожи ГПЧ.

При контрольном обследовании через 3 мес после завершения курса лечения рецидива заболевания не установлено.

Лабораторные исследования при наличии клинических проявлений баланопостита

Показаны проведение микробиологического (микроскопическое и культуральное) исследования, а также использование методов амплификации нуклеиновых

Рис. 10. Синдром larva migrans.



кислот для изучения этиологического спектра возбудителей баланопостита. Биологический материал для исследований получают из уретры и препуциального мешка.

Показаниями для морфологического исследования являются:

- дифференциальная диагностика баланопостита;
- подозрение на онкологическую форму заболевания;
- неэффективность консервативной терапии.

Получение биопсийного материала для проведения морфологической диагностики выполняется под местной инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 0,25% – 2,0 мл путем клиновидной секции кожи головки и крайней плоти ГПЧ на ограниченном участке 0,2 см.

Консервативное лечение баланопостита

Лечение баланопостита в каждом конкретном случае зависит от этиологии заболевания и наличия предрасполагающих факторов (сахарный диабет, удлиненная крайняя плоть и т.д.) [13].

Основная цель консервативной терапии – изменить микроэкосистему препуциального мешка таким образом, чтобы предупредить развитие кандидозной инфекции и диссеминации анаэробных и других бактерий. В большинстве случаев неосложненного течения баланопостита системная антибактериальная терапия не назначается, доста-

точно в течение 7–14 сут соблюдения надлежащей гигиены (солевые растворы, антисептические ванночки/промывания, например, с раствором калия перманганата 1:8000), применения интимных средств гигиены (рН 4,5). Исключаются использование раздражителей, в том числе химических (мыло и его компоненты), а также половые контакты. При неэффективности гигиенических мероприятий или выраженной симптоматике возможно назначение местной терапии (в том числе крем, содержащий 1% гидрокортизона, – Пимафукорт).

При выявлении ИППП назначение системной антибактериальной терапии как пациенту, так и его половым партнерам является обязательным, не зависит от выраженности симптомов заболевания и проводится согласно соответствующим регламентирующим документам. Обследованию и лечению подлежат половые контакты больного ИППП.

Оперативное лечение баланопостита

К абсолютным показаниям для выполнения *circumcisio* вне зависимости от этиологического фактора относятся:

- неэффективность проводимой консервативной терапии;
- наличие частых рецидивов заболевания;
- наличие предрасполагающих факторов развития заболевания.

У взрослых пациентов *circumcisio* может выполняться с использованием местной анестезии в условиях операционного блока [14].

У больных с рецидивирующим течением инфекционно-го баланопостита при подготовке к оперативному вмеша-

тельству показано проведение курса комплексной противовоспалительной терапии препаратами, выбор которых обусловлен характером клинической картины заболевания и данными микробиологического обследования.

Литература/References

1. Barton SE, Hay PE. (ed.) Handbook of genitourinary medicine. London: Arnold, 1999.
2. Fisher B, Margesson L. Genital Skin Disorders. St. Louis: Mosby, 1998.
3. Edwards S. Balanitis and balanoposthitis: a review. Genitourin Med 1996; 72: 155–9.
4. Buechner SA. Common skin disorders of the penis. BJU International 2002; 90 (5): 498–506.
5. English I, Laws R, Keough G et al. Dermatoses of the glans penis and prepuce. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 1–24.
6. Lisboa C, Santos A, Dias C et al. Candidal balanitis: risk factors. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010; 24 (7): 820–6. Epub. 2009.
7. Ewart Cree G, Willis AT, Phillips KD, Brazier JS. Anaerobic balanoposthitis. BMJ 1982; 284: 859–60.
8. Whitley R, Roizman B. Herpes simplex virus infections. Lancet 2001; 357: 1513–8.
9. Joshi U. Carcinoma of the penis preceded by Zoon's balanitis. Int J STD AIDS 1999; 10: 823–5.
10. Kumar B, Sharma R, Ragagopalan M, Radothra BD. Plasma cell balanitis: Clinical and histological features – response to circumcision. Genitourinary Med 1995; 71: 32–4.
11. Alessi E, Coggi A, Gianotti R. Review of 120 biopsies performed on the balanopreputial sac from Zoon's balanitis to the concept of a wider spectrum of inflammatory non-cicatrical balanoposthitis. Dermatology 2004; 208 (2): 120–4.
12. Kizer WS, Prarie T, Morey AF. Balanitis xerotica obliterans: epidemiologic distribution in an equal access health care system. South Med J 2003; 96 (1): 9–11.
13. Lisboa C, Ferreira A, Resende C, Rodrigues AG. Infectious balanoposthitis: management, clinical and laboratory features. Int J Dermatol 2009; 48 (2): 121–4.
14. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M et al. Circumcision and genital dermatoses. Arch Dermatol 2000; 136: 350–4.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Забиров Константин Ильгизарович – д-р мед. наук, проф., врач-уролог ГБУЗ МНПЦДК. E-mail: Kisina2005@yandex.ru

Кисина Вера Ивановна – д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. отд. клин. дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ МНПЦДК, проф. каф. кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: Kisina2005@yandex.ru

Ходырева Любовь Алексеевна – д-р мед. наук, зав. отд. организации здравоохранения ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. E-mail: khodyreva60@mail.ru

Мусаков Владислав Юрьевич – канд. мед. наук, врач-уролог ГБУЗ МНПЦДК. E-mail: musakov2007@yandex.ru

Жуковский Ростислав Олегович – врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК

Леванович Татьяна Вадимовна – врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК

Сизова Инна Даниловна – врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК

Вечтомова Людмила Волеславовна – врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК