ООО «Клиника дерматологии и репродуктивного здоровья доктора Игнатовского», Санкт-Петербург

Клинический случай экзацербации псориаза полового члена после циркумцизии

А.В. Игнатовский, к.м.н.

Адрес для переписки: Андрей Викторович Игнатовский, derm@list.ru

Для цитирования: Игнатовский А.В. Клинический случай экзацербации псориаза полового члена после циркумцизии. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (32): 122–125.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-32-122-125

***Цель** – описание клинического случая псориаза полового члена, ухудшение течения которого спровоцировано циркумцизией.*

***Материал и методы.** Представлено собственное клиническое наблюдение пациента молодого возраста с поздно диагностированным ограниченным псориазом полового члена.*

***Результаты.** Представленный клинический случай демонстрирует череду диагностических упущений клинических проявлений псориаза полового члена, расцененных первоначально как инфекционный баланопостит, в результате чего пациенту была выполнена циркумцизия. Отсутствие крайней плоти привело к проявлениям феномена Кебнера с трудно контролируемым течением псориаза на головке полового члена.*

***Заключение.** При обследовании пациентов с упорно протекающим баланопоститом следует включать в круг дифференциального диагноза дерматозы. Прибегать к циркумцизии следует только после исключения всех возможных причин воспаления с учетом развития феномена Кебнера.*

***Ключевые слова:** инфекционный баланопостит, псориаз, дифференциальная диагностика, циркумцизия*

Введение

Воспаление головки и крайней плоти полового члена определяется как баланопостит. Структура баланопоститов многообразна и, несмотря на преобладание по этиологическому фактору инфекционных процессов, из внимания специалистов могут выпадать другие причины, среди которых дерматозы являются самой важной группой [1]. Ошибочная диагностика дерматозов, локализующихся на головке полового члена, способна привести к неправильному выбору лечебной тактики и, как следствие, к затяжному ухудшению состояния пациента. В частности, в случаях, когда пациенту с дерматозом выполняют циркумцизию, врач должен учитывать феномен Кебнера – появление новых высыпаний в местах травмирования кожи, характерное для многих кожных заболеваний [2, 3].

Зачастую расценивая рецидивирующее воспаление как банальный инфекционный баланопостит и опираясь на распространенное мнение специалистов, что циркумцизия является решением в случае упорного течения заболевания, врач принимает решение о проведении хирургического вмешательства, что сопряжено с риском неблагоприятных последствий для пациента [4, 5].

В представленной статье приведен клинический случай псориаза полового члена, первоначально расцененного как инфекционный баланопостит.

Клинический случай

Пациент А., 1986 г.р., обратился на прием по направлению уролога для консультации с целью уточнения диагноза и выполнения биопсии с целью

исключения злокачественного новообразования полового члена.

Пациент предъявлял жалобы на жжение, зуд и высыпания на головке полового члена в виде эрозивного дефекта на фоне диффузного уплотнения ее кожи.

Анамнез заболевания: впервые симптомы появились в 2018 г., когда появились первые признаки адгезии внутреннего листка крайней плоти к головке полового члена и формирование синехий, в связи с этим проводилось оперативное вмешательство по их разделению. Рецидив воспалительных изменений возник через два года и привел к частичному фимозу с последующим назначением крема Тридерм, на фоне применения которого все симптомы разрешились.

В 2023 г. возник рецидив воспаления с развитием также частичного фимоза, и пациент без обращения к врачу самостоятельно провел лечение кремом Тридерм с хорошим результатом. В октябре 2024 г. на головке полового члена появилось не проходящее красное пятно, в связи с чем пациент обратился к дерматологу (данных о клиническом диагнозе не представлено); была рекомендована мазь Дипросалик два раза в сутки в течение 14 дней, затем Такропик, Цикапласт и тербинафин в таблетках. Далее, в связи с отсутствием эффекта от терапии, была рекомендована циркумцизия, которая была выполнена в ноябре 2024 г. без последующего гистологического исследования удаленной крайней плоти.

В связи с отсутствием положительной динамики после циркумцизии в январе 2025 г. пациент был направлен на консультацию уролога с последующим назначением геля Фламена, который пациент применял до апреля 2025 г., в результате чего наступило улучшение.

В мае 2025 г. в связи с выявленной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, положительным тестом на хеликобактер, синдромом раздраженного кишечника гастроэнтерологом была назначена терапия рабепразолом, кларитромицином – 14 дней, амоксициллином – 14 дней и висмута трикалия дицитратом – 28 дней, а также флуконазолом (однократно). На пятый день терапии пациент отметил появление мокнутия и зуда на головке полового члена. Терапию отменил и обратился к урологу, который назначил гель Пронтосан в течение 14 дней с последующим улучшением, затем к лечению была добавлена мазь Дипросалик, что привело к появлению обширной эрозии с мокнутием. Дипросалик был отменен и пациенту рекомендовано вернуться к гелю Пронтосан, однако улучшения не последовало. Ввиду отсутствия положительной динамики и сохранения симптомов жжения и зуда, отека, эритемы, сухости кожи головки полового члена в июне 2025 г. пациент был повторно направлен на консультативный прием к урологу с рекомендацией вернуться к терапии гелем Фламена, что на этот раз не привело к улучшению, и пациент был направлен на консультацию в наше учреждение – Клинику дерматологии и репродуктивного здоровья доктора Игнатовского. Неоднократно выполненные за период лечения клинические лабораторные тесты не выявили отклонений.

По данным объективного осмотра, пациент правильного спортивного телосложения; кожа экстрагенитальной локализации без высыпаний; ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Половые органы по мужскому типу, крайняя плоть отсутствует, в патологический процесс вовлечена вся головка полового члена, изменения представлены воспалительной бляшкой в виде единого очага с географическими очертаниями с неровной поверхностью, рассеянными белесоватыми островками мацерации, в центре головки полового члена – округлой формы очаг с массивным наслоением серо-желтых корок, в проекции пяти часов по циферблату эрозия диаметром около 1 см в стадии эпителизации, с элементами геморрагического характера по периферии очага. В проекции 7–9 часов – эритематозный очаг с небольшим мокнутием на поверхности диаметром около 1,5 см, с неровными очертаниями. Губки уретры гиперемированы, инфильтрированы, сухие, выделений из уретры нет (рис. 1).

Очаги мокнутия были расценены как проявления стероидного баланопостита, в отношении остальных проявлений была выбрана выжидательная тактика на фоне применения наружных средств в формах, соответствующих дерматологическим изменениям.



Рис. 1. Псориаз полового члена: состояние при первичном обращении



Рис. 2. Псориаз полового члена: динамика на фоне лечения



Рис. 3. Псориаз полового члена: результат терапии

Все ранее назначенные препараты были отменены, за исключением геля Фламена: нанесение два раза в сутки после выполнения влажно-высыхающей повязки с 2%-ным раствором танина три-четыре раза в сутки.

При осмотре через семь дней (04.07.25 г.) пациента продолжала беспокоить сухость кожи головки полового члена, без мокнутия. В центральной части головки оформились два эрозивных очага с дном диаметром около 0,5 и 1 см, темно-красного цвета, покрытых эпителием, по периферии которых наблюдались массивные наслоения корок. На этом этапе в качестве терапии были назначены: на эрозивные очаги – гель Фламена два раза в сутки, на корки – метилурациловая мазь 5%, на область уретры – Корнерегель по потребности.

На приеме 18.07.25 г.: кожа экстрагенитальной локализации – без высыпаний, ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Патологический очаг представлен бляшкой воспалительного характера с глянцевой, слегка морщинистой поверхностью и четкими границами, на поверхности которой отмечалось шелушение, а в центре бляшки – эрозия округлой формы с несколько влажной поверхностью, по бокам от которой были два очага с массивными корками серо-желтого цвета (рис. 2). Выполнена дерматоскопия в очагах с шелушением: выявлены множественные точечные сосуды. На основании клинических проявлений и дерматоскопической картины установлен диагноз: «псориаз полового члена». Терапия дополнена кремом Сафорель на зону воспалительной бляшки с рекомендациями избегать попадания крема на область язвы.

На приеме 22.08.25 г.: жалобы на небольшую сухость сохранялись, но этот симптом купировался после применения метилурациловой мази. Язвенный дефект сократился до 0,3 см, с хорошей эпителизацией. При осмотре 16.10.2025 г.: процесс на головке полового члена представлен бляшкой воспалительного характера с невыраженной инфильтрацией, умеренным крупнопластинчатым шелушением на поверхности. Все язвенные дефекты эпителизировались (рис. 3).

Переход на применение наружных форм кальципотриола и топических ингибиторов кальциневрина привел к появлению пустул, яркой эритемы, отеку. В ходе терапии 5%-ной метилурациловой мазью (два-четыре раза в сутки под повязку) отмечены высокая комплаентность и отсутствие побочных эффектов. Использование барьерных методов контрацепции (презервативов) для защиты пораженной области было признано неэффективным, так как приводило к обострению воспаления. Пациент прекратил использование презервативов, отдав предпочтение аппликациям метилурациловой мази под бинтовую повязку.

Обсуждение

Представленный клинический случай выявил череду упущений специалистов, что в итоге привело к необоснованному оперативному вмешательству и запоздалой диагностике псориаза, развитию которого могли способствовать предшествующие травматические воздействия по разделению синехий на коже полового члена.

Первоначальная ошибка заключалась в том, что ни дерматолог, ни уролог не включили в круг дифференциального диагноза дерматозы, несмотря на отсутствие эффекта от стандартной противомикробной/противогрибковой терапии. В этом случае диагностике могла бы помочь дерматоскопия – метод неинвазивной диагностики с набольшей информативностью именно при псориазе [6].

При анализе диагностических ошибок важно отметить, что псориаз, локализованный исключительно на головке полового члена, представляет значительную сложность для верификации. Отсутствие типичного клинического признака этого заболевания – шелушения – обусловлено анатомическими особенностями данной зоны: наличие сальных и потовых желез под крайней плотью обеспечивает постоянное увлажнение высыпаний, что маскирует типичную клиническую картину заболевания.

Серьезным упущением стало отсутствие гистологического исследования удаленного фрагмента крайней плоти. Согласно клиническим стандартам, при выполнении циркумцизии по медицинским показаниям гистологический анализ является обязательным. Своевременное выявление патоморфологических признаков дерматоза позволило бы избежать необходимости проведения биопсии полового члена в дальнейшем. В данном клиническом случае именно прогрессирование патологического процесса, появление эрозий и потребность в верификации диагноза для подбора адекватной терапии стали причинами обращения пациента в наше учреждение уже после проведенной операции.

В процессе лечения пациента несколько раз была назначена комбинация топического кортикостероида с салициловой кислотой на тонкую кожу головки полового члена, что, по-видимому, стало причиной образования эрозивных дефектов. Сосудосуживающее действие топических глюкокортикостероидов в сочетании с кератолитическим эффектом салициловой кислоты создает риск формирования эрозий, что особенно выражено при стероидном баланопостите и чревато глубоким повреждением тонкой кожи головки полового члена.

Серьезным испытанием для пациента стала циркумцизия. После удаления крайней плоти головка, ранее защищенная от внешних воздействий, подвергалась постоянному трению об одежду. Эта хроническая микротравматизация спровоцировала воспалительный процесс, став клиническим проявлением феномена Кебнера.

Диагностика дерматозов аногенитальной области остается сложной задачей, зачастую приводящей к длительному поиску верного диагноза. С учетом многофакторности причин поздней диагностики стоит подчеркнуть необходимость повышения компетенций в области генитальной дерматологии у врачей всех специальностей, сталкивающихся с подобными жалобами.

Выводы

В результате анализа представленного клинического случая можно сделать следующие выводы:

1. У пациентов с рецидивирующим баланопоститом в круг дифференциального диагноза следует включать дерматозы, которые могут иметь единственную локализацию на головке и/или крайней плоти полового члена.
2. До принятия окончательного решения о циркумцизии пациента следует проконсультировать у дерматовенеролога, а при проведении диагностических мероприятий следует применить весь арсенал доступных диагностических методов, в том числе дерматоскопию и, при необходимости, биопсию для установления причины воспаления.
3. При назначении наружных средств на кожу головки полового члена следует избегать наружных препаратов, содержащих салициловую кислоту, и строго контролировать количество и длительность применяемого топического кортикостероида.
4. Выполнение циркумцизии следует обязательно сопровождать гистологическим исследованием удаленной крайней плоти.

Литература

1. IUSTI. European guideline for the management of balanoposthitis, 2022.
2. Morris B.J., Krieger J.N. Penile inflammatory skin disorders and the preventive role of circumcision. Int. J. Prev. Med. 2017; 8: 32.
3. Ennaciri S., Farih M.H. Psoriasis of the glans penis in circumcised subjects. Pan. Afr. Med. J. 2020; 35: 1–2.
4. Ortiz-Álvarez J., Hernández-Rodríguez J.C., Sánchez J.C., Barabash-Neila R. Postcircumcision psoriatic balanoposthitis: an undescribed expression of Koebner's phenomenon. Asian J. Androl. 2021; 24 (2): 219–220.
5. Mallon E., Hawkins D., Dinneen M., et al. Circumcision and genital dermatoses. Arch. Dermatol. 2000; 136 (3): 350–354.
6. Borghi A., Virgili A., Corazza M. Dermoscopy of inflammatory genital diseases: practical insights. Dermatol. Clin. 2018; 36: 451–461.

Clinical Case of Exacerbation of Penile Psoriasis After Circumcision

A.V. Ignatovskiy, PhD

LLC "Dr. Ignatovskiy's Clinic of Dermatology and Repro ductive Health", Saint Petersburg

Contact person: Andrey V. Ignatovsky, derm@list.ru

Objective *– to describe a clinical case of penile psoriasis, the course of which worsened after circumcision.*
Material and methods. *A clinical observation of a young patient with late-diagnosed localized psoriasis of the penis is presented.*
Results. *The clinical case demonstrates a series of diagnostic oversights: the clinical manifestations of penile psoriasis were initially interpreted as infectious balanoposthitis, which led to the patient undergoing circumcision. The absence of the foreskin triggered the Koebner phenomenon, resulting in poorly controlled psoriasis on the glans penis.*
Conclusions. *When examining patients with persistent balanoposthitis, dermatoses should be included in the differential diagnosis. Circumcision should be performed only after all possible causes have been ruled out, taking into account the risk of the Koebner phenomenon.*

Keywords: *infectious balanoposthitis, psoriasis, differential diagnosis, circumcision*