



коричневого или серо-черного цвета, при удалении которых обнажалась покрасневшая, иногда растрескавшаяся поверхность.

Препарат наносили с помощью деревянного аппликатора на поверхность очагов АК, предварительно обезжиренную 70% спиртом. При кератотической форме обработка спиртовым раствором проводилась после удаления роговых масс скальпелем или ложкой Фолькмана. Аппликацию препарата проводили однократно, до появления бело-серого окрашивания очагов в течение 1–2 мин после 2–3 последовательных аппликаций. Через несколько дней после обработки отмечали мумификацию тканей и образование струпа темного цвета, который отторгался в течение 7–21 дня. Обработка препаратом проводилась врачом-дерматовенерологом только в условиях процедурного кабинета.

Полное излечение составило практически 100%. Эпителизация очагов отмечалась в период с 7 по 21-й день после нанесения препарата, при этом отторжение мумифицированного струпа с 7 по 11-й день наблюдалось в 4 (9%) случаях, с 12 по 16-й – в 32 (73%) и с 17 по 21-й – в 8 (18%) случаях. После отторжения мумифицированного струпа на месте ранее обработанных очагов визуализировалась ярко-розовая окраска тканей. Спустя 3 мес от начала лечения в местах аппликации в 29 (66%) случаях отмечалось образование нормотрофических рубцов, в 13 (29%) – визуализировались пятна от бледно-розового до светло-телесного цвета с легкой атрофией и в 2 (5%) случаях наблюдались гипертрофические рубцы. После лече-

ния через 3 мес рецидивов новообразований выявлено не было. При нанесении препарата все пациенты ощущали жжение в местах аппликации, которое самостоятельно проходило в течение 10–12 мин. Объективно у большинства пациентов отмечалось появление ободка гиперемии и инфильтрации вокруг обработанного новообразования (купировались самостоятельно через 24–48 ч).

Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности данного способа лечения АК, значительными преимуществами которого являются хорошая переносимость и атравматичность, сохранение пациентами привычного образа жизни, формирование на месте очагов в 95% случаев нормотрофических рубцов либо легкой атрофии. Учитывая преимущественную локализацию АК в области лица, незначительный косметический дефект в результате лечения имеет немаловажное значение. Изложенное позволяет сделать следующие выводы.

1. Эффективность терапии АК препаратом Мардил Селен® составляет практически 100% при однократной обработке данным средством.

2. Эпителизация большинства очагов (73%) происходит с 12 по 16-й день после лечения.

3. После лечения в местах аппликации в 95% случаев образуются нормотрофические рубцы или пятна от бледно-розового до светло-телесного цвета с легкой атрофией и только в 5% – гипертрофические рубцы.

4. Перед нанесением препарата на очаги кератотической формы АК необходимо удалять роговые массы.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.66-002.182-02

Бабкин П.А., Кушниренко Н.П. (nikolaj.kushnirenko@yandex.ru), Харитонов Н.Н., Рассветаев А.В., Игловиков Н.Ю., Сиваков А.А., Карандашов В.К., Гозалишвили С.М. – Полиакриламидная гранулема полового члена.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Проанализированы анамнестические, клинические и лабораторные аспекты течения гранулемы полового члена после подкожного введения гидрофильного полиакридного геля «Интерфал» для увеличения его размеров с целью повышения качества половой жизни. На клиническом примере показано, что со временем введенный препарат постепенно перемещается в сторону крайней плоти полового члена, где в силу своей гидрофильности образует большую полиакридную гранулему, затрудняющую ведение половой жизни. Приведены описание и результат хирургического лечения полиакридной гранулемы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: увеличение полового члена, полиакридный гель, полиакридная гранулема полового члена, иссечение гранулемы.

Babkin P.A., Kushnirenko N.P., Kharitonov N.N., Rassvetaev A.V., Iglouikov N.Yu., Sivakov A.A., Karandashov V.K., Gozalishvili S.M. – Polyacrylamide granuloma of the penis. The anamnestic, clinical and laboratory aspects of the course of granuloma of the penis were analyzed after subcutaneous administration of hydrophilic polyacrylamide gel Interfall to increase its size in order to improve the quality of sexual life. In the clinical example, it is shown that over time the injected drug gradually moves toward the prepuce of the penis, where due to its hydrophilicity it forms a large polyacrylic granuloma that makes it difficult to maintain a sexual life. The description and the result of surgical treatment of polyacrylamide granuloma are presented.

К е у о р д с: augmentation of the penis, polyacrylamide gel, polyacrylamide granuloma of the penis, excision of the granuloma.



Кульť больших размеров *полового члена* (ПЧ) сложился исторически и берет начало с древних доантичных времен. Но и в настоящее время отмечается устойчивый интерес мужчин к манипуляциям, позволяющим увеличить размеры ПЧ. Как правило, данная проблема возникает у мужчин с нормальными размерами ПЧ, но неудовлетворенных качеством половой жизни. Нередко стремление увеличить ПЧ возникает у мужчин, которые входят в закрытые однополюе группы, в т. ч. в армейские подразделения (Крыжановский В.Е., Кушниренко Н.П., 1994). Непосредственной мотивацией для проведения процедуры увеличения ПЧ является желание мужчины самоутвердиться в сфере интимных отношений, низкий уровень полового просвещения, подверженность чужому влиянию. С этой целью мужчины практикуют чаще всего инъекции вазелина под кожу полового члена. Простота технической стороны процедуры и отсутствие финансовых затрат делает ее весьма распространенной среди определенной категории мужчин. Однако вследствие возникающих осложнений в виде олеогранулемы со свищами ПЧ большинство из них подвергаются сложной пластической операции

Поэтому в период расцвета неконтролируемой коммерческой медицины в конце девяностых – начале двухтысячных годов получил широкое применение более безопасный полиакриламидный гель под различными названиями (Формакрил, Космогель, Аргиформ и др.). Данное вещество является нерассасывающимся гидрофильным полимером на основе акриламида. Техническая простота подкожного введения, быстрый визуальный результат увеличения размеров ПЧ и отсутствие осложненной гранулемы способствовали широкой популярности данного препарата. Но после введения под кожу гель в силу инертности не вызывает формирования вокруг него фиксированной капсулы из соединительной ткани. Вследствие этого он может перемещаться под кожей под действием силы тяжести с образованием полиакридной гранулемы ПЧ, которая затрудняет ведение половой жизни. Приводим наблюдение за пациентом с отдаленными результатами после введения «Интерфала».

Пациент К., бывший военный, 60 лет, обратился в клинику урологии 17.03.2014 г. с жалобами на наличие крупного грушевидного образования в области крайней плоти ПЧ, затрудняющего полное обнажение головки и препятствующего введению его во влагалище для совершения половых актов. Из анамнеза установлено, что летом 1998 г. в медицинском центре г. Кие-

ва амбулаторно было введено под кожу ПЧ 100 мл гидрофильного полиакридного геля «Интерфал». Манипуляция была выполнена по желанию пациента для увеличения объема полового члена в целях повышения качества половой жизни. После введения данного биогеля ПЧ в течение короткого времени достаточно равномерно увеличился в объеме за счет гидрофильного набухания препарата. Достигнутое увеличение ПЧ в объеме, по мнению пациента, способствовало повышению качества половой жизни со стороны обоих партнеров. Но по истечении 5 лет удовлетворительной половой жизни введенный биогель стал постепенно перемещаться под кожей ПЧ в сторону его головки и к 2010 г. в основном сконцентрировался внутри крайней плоти. Из-за больших размеров препуциального мешка и болевых ощущений у половой партнерши введение ПЧ во влагалище стало невозможным, в связи с чем больной прекратил половую жизнь. Несмотря на кризис в семейных отношениях, пациент за медицинской помощью не обращался. Это в итоге привело к распаду семьи.

При осмотре больного определялось выраженное увеличение крайней плоти ПЧ в виде отвисающего грушевидного образования размерами 7 на 8 см. Кожа крайней плоти обычного цвета, не изменена. Данное образование при пальпации эластической консистенции, безболезненное, содержащее при сжатии в определенной степени смещается вдоль дистальной части ПЧ. Дистальная часть крайней плоти значительно суженная, головка ПЧ обнажается не полностью. Видимая часть головки не изменена. Мошонка, яички и их придатки в пределах нормы. Паховые лимфатические узлы не увеличенные. Предстательная железа умеренно увеличенная, плотностягивающей консистенции, поверхность гладкая, междолевая бороздка сглаженная, при пальпации безболезненная. Клинические и биохимические показатели крови и мочи, ПСА и маркеры инфекционных заболеваний были в пределах нормы. Из сопутствующих заболеваний установлен сахарный диабет 2 типа.

18.03.2014 г. выполнена операция: иссечение полиакридной гранулемы ПЧ, циркумцизия. В ходе операции выявлено наличие грушевидного эластического образования, окруженного тонкостенной капсулой, местами припаянной к коже увеличенной в размерах крайней плоти. Указанное образование содержало 150 мл гелеобразного вещества бледно-розового цвета. Через неделю в месте наибольшего сращения капсулы с кожей на тыльной поверхности ПЧ образовался участок некроза кожи 1 на 1,5 см. После его иссе-



чения рана зажила первичным натяжением. В связи с отъездом больной осмотрен повторно 15.12.2017 г. Половой член без каких-либо внешних изменений. Пациент жи-

вет регулярной половой жизнью. В связи с некоторым ослаблением эрекции рекомендовано ее усиление при помощи приема препарата «Импаза».

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.5-006.52-006.6

Уфимцева М.А. (*mail-m@mail.ru*)¹, **Бочкарев Ю.М.** (*bochkarev.ju.m@gmail.com*)¹, **Гагиев В.В.**², **Никулин И.П.**², **Ворожейкина И.Н.**², **Гурковская Е.П.**¹ – Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург; ²5-й Военный клинический госпиталь национальной гвардии России, г. Екатеринбург

Приведен случай из практики лечения карциноидного папилломатоза кожи Готтрона, который рассматривается как осложнение хронических дерматозов, характеризующееся гиперплазией эпидермиса на фоне сосудистых нарушений нижних конечностей и лимфостаза. Отмечен приоритет профилактики данного заболевания, включающий своевременное лечение больных хроническими дерматозами, диспансерное наблюдение, а также своевременную терапию сосудистой патологии у смежных специалистов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: карциноидный папилломатоз кожи Готтрона, осложнения хронических дерматозов.

Ufimtseva M.A., Bochkarev Yu.M., Gagiev V.V., Nikulin I.P., Vorozheikina I.N., Gurkovskaya E.P. – Gotrone skin carcinoid papillomatosis. A case from the practice of treatment of Gotrone skin carcinoid papillomatosis presented, which is considered as a complication of chronic dermatoses characterized by epidermal hyperplasia on the background of vascular disorders of the lower extremities and lymphostasis. The priority of the prevention of this disease was noted, including timely treatment of patients with chronic dermatoses, dispensary observation, as well as timely treatment of vascular pathology in related specialists.

К е у в о р д s: Gotrone skin carcinoid papillomatosis, complications of chronic dermatoses.

Атипичные разрастания эпителия, свойственные хроническим заболеваниям, таким как хроническая язвенная или вегетирующая пиодермия, бородавчатые формы туберкулеза, нейродермит, веррукозный красный плоский лишай, лимфедема, имеют ряд общих клинических и патогистологических черт, дающих повод для ошибочного диагноза. Больные с данными заболеваниями могут обращаться к терапевтам, врачам общей практики, хирургам, дерматовенерологам. Среди заболеваний, характерной морфологической особенностью которых является гиперплазия эпидермиса, следует выделить группу псевдоканцероматозов и в их числе карциноидный папилломатоз кожи Готтрона (болезнь Готтрона).

Для клинической картины дерматоза характерны следующие признаки: симметричное расположение высыпаний; локализация их на нижних конечностях, длительное существование очагов поражения (в течение десятилетий), отсутствие некроза и обширных язвенных изменений; отсутствие метастазов.

Дифференциальный диагноз проводят со следующими заболеваниями: спиноцеллюлярной эпителиомой, хронической вегетирующей пиодермией, пиодермией Azua,

бородавчатым туберкулезом кожи, хромомикозом.

Учитывая сравнительную редкость дерматоза и недостаточное знакомство практических врачей с вопросами его дифференциальной диагностики, приводим клиническое наблюдение.

Больной С., 55 лет, поступил в дерматовенерологическое отделение ФКУЗ «5 Военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России» с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, слабость, зуд, мокнутие, отечность и гиперемии кожи голеней.

Болен около 10 лет, когда впервые появились мокнущие высыпания на коже голеней. Лечился многократно амбулаторно и стационарно с диагнозами: микробная экзема, хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия. Со слов больного, два года назад заметил появление коричневатых «наростов» на коже голеней, постепенно распространившихся на кожу в области голеностопных суставов, тыла стоп.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ИБС, ожирение.

Местный статус при поступлении: на фоне вторичной лимфедемы и застойно-синюшной окраски голеней имеются грубые, значительно инфильтрированные серо-ко-