Баланопостит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N48.1, N51.2 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Союз «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ»

Баланопостит — воспалительное, атрофическое или травматическое поражение головки полового члена и крайней плоти; причиной могут быть инфекции, дерматозы, предраковые заболевания и раздражающие факторы. Рекомендация посвящена диагностике причины, лечению инфекционных и неинфекционных форм, а также тактике при рецидивах, фимозе и парафимозе.

Главное

- Наиболее частая причина — недостаточная гигиена, но чрезмерная и частая обработка препуциальной области средствами с антисептическим действием также может способствовать развитию воспаления. Следует учитывать фимоз, сахарный диабет, ИППП, контакт с лекарственными и гигиеническими средствами.
- Типичные жалобы — зуд и жжение; при осмотре возможны налет, гиперемия, отек, эрозии, язвы, трещины, папулы, пустулы, шелушение и неприятный запах.
- Баланопостит при гонококковой, хламидийной, микоплазменной и трихомонадной инфекции часто сочетается с уретритом, выделениями из уретры и дизурией.
- Кандидозный баланопостит требует обследования для исключения сахарного диабета; дебют диабета 2 типа может проявиться именно таким заболеванием.
- При длительном или рецидивирующем баланопостите неясного происхождения может потребоваться биопсия с патоморфологическим исследованием для исключения онкологической трансформации.
- При неэффективности консервативного лечения, частых рецидивах, фимозе, парафимозе или сочетании со склероатрофическим лихеном показано обрезание крайней плоти в условиях урологического стационара.

Диагностика

1. Уточнить жалобы, время появления и динамику симптомов, предшествующую терапию, заболевания и симптомы у полового партнера, аллергии, урологический и сексуальный анамнез, а также факторы риска ИППП. УУР С, УДД 5.
2. Осмотреть половой член, крайнюю плоть, кожу и видимые слизистые, оценить другие очаги, пропальпировать регионарные лимфоузлы, органы мошонки и живот; при необходимости выполнить пальцевое ректальное исследование и витропрессию. УУР С, УДД 5.
3. При подозрении на инфекционную форму исследовать секрет крайней плоти микроскопически: на Treponema pallidum, Candida, Trichomonas vaginalis, морфотипы бактерий и количество полиморфно-ядерных лейкоцитов. УУР С, УДД 5.
4. Исследовать отделяемое из уретры методом МАНК на Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium и Trichomonas vaginalis. При недоступности МАНК допускается культуральное исследование на гонококк и трихомонаду. УУР С, УДД 5 и 4 соответственно.
5. Для определения тактики ведения выполнить молекулярно-биологическое исследование на ВПГ-1/2, в том числе ПЦР в везикулярной жидкости или соскобах с высыпаний, молекулярно-биологическое исследование на ВПЧ, исследование на Candida с уточнением вида и количественной оценкой, а также посев материала с головки и крайней плоти на аэробную и анаэробную флору с определением чувствительности к антимикробным препаратам. УУР С, УДД 5 и 4.
6. Исключить сифилис темнопольной микроскопией или МАНК и серологическим исследованием; при первом отрицательном результате серологию повторить через 3 недели. При выявленной ИППП обследовать на сифилис, ВИЧ и вирусные гепатиты B и C.
7. При подозрении на дерматоз или предраковое заболевание использовать дерматоскопию и биопсию с патолого-анатомическим исследованием. УУР С, УДД 4 и 5.

Лечение

- Исключить мыло, гель для душа, шампунь и другие моющие средства; при аллергии на латекс отказаться от латексных изделий. Независимо от причины отводить крайнюю плоть.
- При кандидозном баланопостите: миконазол 2% крем 2 раза в сутки до 2 недель, или натамицин 2% крем 1–2 раза в сутки 7 дней, или клотримазол 1% крем 2–3 раза в сутки до 2 недель. УУР С, УДД 5 для миконазола; УУР С, УДД 4 для натамицина; УУР В, УДД 2 для клотримазола.
- Альтернатива при кандидозном баланопостите — флуконазол 150 мг внутрь однократно, особенно при выраженных симптомах или сахарном диабете, либо нистатин 100 000 ЕД/г 2 раза в сутки 7–28 дней при непереносимости или неэффективности имидазолов и триазолов либо при Candida non-albicans. УУР В, УДД 2 для флуконазола; УУР С, УДД 5 для нистатина.
- При аэробном баланопостите использовать системные антибактериальные препараты в терапевтических дозах с учетом чувствительности при среднетяжелом и тяжелом течении; альтернативно — мупироцин 2% мазь 2–3 раза в день до 10 дней. УУР С, УДД 5.
- При анаэробном баланопостите назначить метронидазол 400–500 мг 2 раза в день 7 дней или амоксициллин + клавулановую кислоту 375 мг внутрь 3 раза в день 7 дней. Метронидазол неэффективен при выявлении Atopobium vaginae. УУР С, УДД 5.
- При цирцинарном баланопостите применять наружные кортикостероиды умеренной активности в сочетании с лечением выявленной инфекции; ориентировочная длительность — до 14 дней. УУР С, УДД 5.
- При склероатрофическом лихене использовать клобетазол 0,05% 2 раза в день до ремиссии с постепенной отменой, но не более 4 недель; при красном плоском лишае — наружные кортикостероиды умеренной или очень высокой активности. УУР С, УДД 5.
- При предраковых заболеваниях полового члена необходимы консультации онколога и уролога; применяют хирургическое лечение, криодеструкцию, фотодинамическую терапию, лазерную деструкцию ткани кожи, а также имихимод 5% 5 дней в неделю 4–6 недель. Для корректной диагностики требуется биопсия. УУР С, УДД 4 для имихимода.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к урологу при фимозе, парафимозе или мочевой инфекции; консультация нужна для верификации осложнений и определения дальнейшей тактики. УУР С, УДД 5.
- При фимозе, парафимозе, частых рецидивах или неэффективности консервативной терапии направить в урологический стационар для circumcisio.
- При подозрении на ИППП или генитальный дерматоз направить к дерматовенерологу; при подозрении на эндокринное заболевание — к эндокринологу. УУР С, УДД 5.
- При пенильной интраэпителиальной неоплазии, бовеноидном папулезе, болезни Боуэна или эритроплазии Кейра необходимы консультации онколога и уролога.

Частые вопросы

Какие анализы нужны пациенту с баланопоститом?

Рекомендуется исследовать секрет крайней плоти микроскопически и отделяемое из уретры методом МАНК на гонококк, хламидию, M. genitalium и трихомонаду. По показаниям выполняют исследования на ВПГ, ВПЧ, Candida, аэробные и анаэробные бактерии; при ИППП — тесты на сифилис, ВИЧ и вирусные гепатиты B и C.

Нужно ли обследовать пациента с кандидозным баланопоститом на сахарный диабет?

Да. При каждом выявленном кандидозном баланопостите проводят обследование для исключения сахарного диабета.

Чем лечить кандидозный баланопостит?

Варианты первой линии: миконазол 2% 2 раза в сутки до 2 недель, натамицин 2% 1–2 раза в сутки 7 дней или клотримазол 1% 2–3 раза в сутки до 2 недель. При выраженных симптомах или сахарном диабете возможен флуконазол 150 мг внутрь однократно.

Когда при баланопостите требуется биопсия?

Биопсия может потребоваться при длительном рецидивирующем течении баланопостита неясного генеза для исключения онкологической трансформации.

Когда показано обрезание крайней плоти?

Circumcisio показано при неэффективности консервативной терапии, частых рецидивах, фимозе, парафимозе и сочетании баланопостита со склероатрофическим лихеном. Операцию проводят в условиях урологического стационара.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/928-balanopostit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/928_1