



К.м.н., доцент  
В.А. Савоськина

**В.А. Савоськина**, к.м.н., доцент  
кафедра дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДа  
Харьковская медицинская академия  
последипломного образования

## Клинические аспекты, диагностика и терапия эритроплазии Кейра

**Э**ритроплазия Кейра (ЭК; синонимы: erythroplasia Queyrat, папиллярная эпителиома Дарье) является карциномой *in situ* слизистых оболочек и переходной зоны эпителия. Термин «эритроплазия Кейра» был предложен в 1911 г. L. Queyrat, за год до описания болезни Боуэна. Хотя клинически и гистологически это заболевание имеет много общего с болезнью Боуэна, однако оно имеет ряд специфических особенностей, что позволяет рассматривать его в качестве самостоятельной нозологической формы опухоли.

ЭК — довольно редкое заболевание, которым страдают не только лица пожилого возраста, обычно возникает у необрезанных мужчин в возрасте 40–50 лет. Локализуется на головке полового члена, шейке головки или внутреннем листке крайней плоти, также может локализоваться на вульве, в аногенитальной области и на слизистой оболочке полости рта. ЭК имеет более выраженную тенденцию к развитию плоскоклеточного рака кожи, чем болезнь Боуэна.

**Примерно 30% случаев ЭК трансформируется в инвазивный плоскоклеточный рак, причем у 20% наблюдаются метастазы.**

При развитии инвазивного (вертикального) роста опухоли появляется мягкий мясистый гранулирующий узел, покрытый корками и кровоточащий при незначительном травмировании.

### Клиническая характеристика и течение

На слизистой оболочке вульвы, головке полового члена начальные изменения имеют вид резко ограниченного очага красного цвета со слегка отечной, замшевоподобной, лоснящейся гладкой поверхностью (рис. 1). Отмечается выделение прозрачного экссудата. Слегка приподнятые участки очага указывают на инвазивную карциному. В более развитой стадии появляются белесоватые островки с тенденцией к росту в ширину и глубину, что свидетельствует о раковом перерождении и возможном метастазировании в лимфатические узлы.

ЭК является внутридермальной карциномой.

**Гистологически** ЭК характеризуется гиперкератозом, паракератозом, акантозом, исключительной атипией шиповидных клеток, митозами и гиперхромными ядрами, вакуолизацией протоплазмы и кера-



**Рис. 1. Эритроплазия Кейра**  
(авторы: Choi JW, Choi M, Cho KH, 2009)

тинизацией больших, круглых клеток с эозинофильной протоплазмой и большим гиперхромным почкообразным или овальным ядром (клетки Боуэна; рис. 2). Ближе к поверхности поражения могут определяться «зерна». В строме – значительный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток. Капилляры обычно расширены, могут выявляться отложения гемосидерина. Атипичных разрастаний эпителия не обнаруживают. Иногда обнаруживается вирус папилломы типа 16.

**Диагноз** устанавливается при клиническом подозрении на ЭК. Необходимо проведение биопсии с последующим гистологическим исследованием, сонографическое исследование региональных лимфоузлов.

**Дифференциальную диагностику** проводят с:

- эрозивным баланитом (дрожжевым или бактериальным);
- доброкачественным хроническим ограниченным плазмоцитарным баланитом Зоона (ОПБЗ);
- лейкоплакией;
- псориазом в области полового члена;
- красным плоским лишаем в области полового члена;
- фиксированной токсидермией.

Для распознавания ЭК и определения ее границ применяется аппликация красителя – 1% раствора толуидинового синего, окрашивающего участок эритроплазии в синий цвет (простая эритема не окрашивается).

Большинство **воспалительных заболеваний головки полового члена** и крайней плоти имеют менее четкие границы и регрессируют после применения кортикостероидных, антимикробных и противогрибковых средств. **Дрожжевой баланопостит** представлен воспалительной эритемой головки полового члена и крайней плоти без четких границ с серовато-белым налетом. При этом отсутствует насыщенно-красная окраска и бархатистость поверхности, как при ЭК. Установлению диагноза помогают цитологические исследования, позволяющие выявить при дрожжевом баланопостите мицелий дрожжеподобных грибов, а при ЭК – опухолевые клетки

Дифференциальная диагностика ЭК с ОПБЗ проводится только на основании результатов цитологического и гистологического исследования. Гистология ОПБЗ: атрофия эпидермиса и обильный

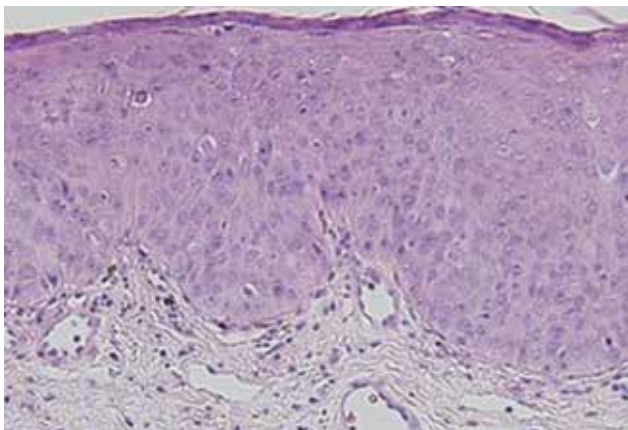


Рис. 2. Гистология ЭК: акантоз, дискератоз клеток, кератиноциты патологически изменены, множественные митозы, атипия клеток. Увеличение x200 (авторы: Choi JW, Choi M, Cho KH, 2009)

воспалительный инфильтрат с большим количеством плазматических клеток, а также отсутствие опухолевых клеток.

**Дифференциальная диагностика ЭК с сифилисом.** В отличие от твердого шанкра, при ЭК отсутствуют уплотнение в основании очага и регионарный склераденит. Однако при трансформации опухоли в плоскоклеточный рак возникает уплотнение ткани, а при метастазировании в паховые лимфатические узлы последние увеличиваются в размере и приобретают плотно-эластическую консистенцию. Также при ЭК отсутствуют при цитологическом исследовании бледные трепонемы, а серологические реакции на сифилис отрицательные.

**Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии** отличается от ЭК длительным существованием белесоватых ограниченных участков ороговения, на фоне которых развиваются эрозивно-язвенные изменения. При этом отсутствуют бархатистая насыщенно-красного цвета поверхность, характерная для ЭК. Гистологически при эрозивно-язвенной форме лейкоплакии (в отличие от ЭК) отмечаются акантотические разрастания по краю дефекта эпителия без клеточной анаплазии.

**Псориаз** головки полового члена представлен эритемо-сквамозными высыпаниями, ярко-розового цвета, а **красный плоский лишай (КПЛ)** – папулезными элементами полигональной формы с лилово-перламутровой окраской, имеющими тенденцию к группировке в виде различных фигур, чего не отмечается при ЭК. Кроме того, наряду с поражением головки полового члена типичные для этих дерматозов высыпания можно обнаружить на других участках кожи, а при КПЛ – на слизистой оболочке полости рта.

### Клинические случаи

**Больной К.О.С., 1962 г. р.**, был направлен на консультацию с диагнозом «Рецидивирующий баланопостит».

**Из анамнеза:** болен в течение 1 года, проходил лечение у урологов, дерматовенерологов. Получал антигистаминные препараты, витамины группы В (В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>), 10% хлористый кальций по 10,0 мл внутривенно, дипроспан по 8 мг внутримышечно. Местная терапия включала: местные примочки фурацилина, таннина. Также применял эктерицид, топические антибиотики, противогрибковые препараты, метиленовый синий и фиксированные комбинации кортикостероидов с антибактериальными и противогрибковыми препаратами с временным незначительным улучшением.

**Субъективно** больной предъявлял жалобы на зуд и жжение в области полового члена и незначительное серозное отделяемое из половых путей.

**Объективно** при осмотре на коже головки полового члена и крайней плоти – обширный, четко отграниченный от здоровой кожи эрозированный очаг с лаковой поверхностью, при пальпации слегка болезненный (рис. 3). Данные дерматоскопии приведены на рис. 4.

**При клинико-лабораторном исследовании:** были обнаружены *Trichomonas vaginalis* из отделяемого мочеиспускательного канала; *Staphylococcus haemolyticus* (++++) и бактерии семейства *Enterobacteriaceae* (+) с поверхности очага поражения. Другой патогенной микрофлоры – хламидий, уреоплазм, микоплазм,

гонококков, патогенных грибов – в посевах и мазках обнаружено не было. ИФА на сифилис (суммарные антитела класса IgM, IgG) – результат отрицательный (ОП образца – 0,015, ОП критическое – 0,1235).

Было проведено *лечение* стиллатом в течение 10 дней и местно – тиротрицином гелем. У больного отмечалось некоторое улучшение. После этого было рекомендовано пройти цитологическое исследование.

**Результаты цитологического исследования:** эпителиальный покров тонкий, легко травмируется, слабо кровоточит. В цитологическом материале определяются преимущественно вытянутые эпителиальные клетки. Много митозов. Умеренное количество лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических клеток, нейтрофилов. Диагноз: «Эритроплазия Кейра».

Больной был направлен на консультацию онколога. Было проведено хирургическое иссечение. Гистологический диагноз: «Эритроплазия Кейра».

**Больной Я.А.А., 1957 г. р.**, обратился самостоятельно с жалобами на поражение кожи головки полового члена, которое наблюдает в течение последних 5 лет. Занимался самолечением, применял наружно клотримазол, нистатин, тридерм с переменным успехом. Субъективно жалоб не предъявляет.

**При осмотре** на головке полового члена отмечается безболезненный при пальпации очаг поражения ярко красного цвета с лаковой поверхностью, четко отграниченный от здоровой кожи, кровоточащий при касании (рис. 5, 6). Данные дерматоскопии приведены на рис. 7.

**При клинико-лабораторном исследовании** хламидий, уреоплазм, микоплазм, гонококков, трихомонад, патогенных грибов и другой патогенной микрофлоры в посевах и мазках обнаружено не было. ИФА на сифилис (суммарные антитела класса IgM, IgG) – результат отрицательный.

**Результаты цитологического исследования:** в цитологическом материале определяются преимущественно вытянутые эпителиальные клетки. Множество митозов. Увеличенное количество лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических клеток, нейтрофилов. Диагноз: «Эритроплазия Кейра». Больной был направлен на консультацию онколога, где был подтвержден диагноз: «Эритроплазия Кейра».



а



б



Рис. 3. ЭК у больного в возрасте 51 года (фото предоставлено автором)

Рис. 5. ЭК у больного в возрасте 57 лет (фото предоставлено автором)

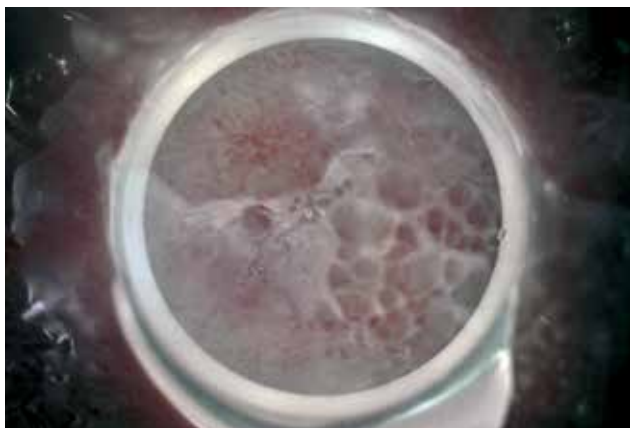


Рис. 4. Дерматоскопия: множественные атипичные расширенные сосуды (фото предоставлено автором)



Рис. 6. ЭК у больного в возрасте 57 лет через 2 нед после применения наружной комбинированной противогрибковой и антибактериальной терапии (фото предоставлено автором)



Больной П.О.Л., 43 года, обратился самостоятельно, с жалобами на боли, зуд и жжение в области головки полового члена. Занимался самолечением в течение 1 года, принимал противовирусные препараты группы ацикловира по совету знакомого врача (который находился в другом городе и не видел больного ни разу!).

**При осмотре:** на нижней части головки полового члена имеется большой язвенный дефект, который привел к деструкции  $1/2$  glans penis (рис. 8).

**При клинико-лабораторном исследовании:** хламидий, уреоплазм, микоплазм, гонококков, трихомонад, патогенных грибов и другой патогенной микрофлоры в посевах и мазках обнаружено не было. ИФА на сифилис (суммарные антитела класса IgM, IgG) – отрицательный.

Больной был направлен на консультацию онколога, где был подтвержден диагноз плоскоклеточного рака glans penis.

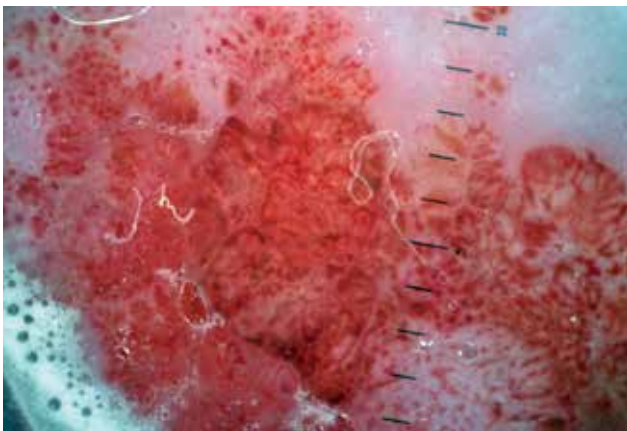


Рис. 7. Дерматоскопия: множественные атипичные расширенные сосуды (фото предоставлено автором)



Рис. 8. Рак *in situ* у больного в возрасте 43 лет (фото предоставлено автором)

## Прогноз

Плоскоклеточный рак губ, вульвы и полового члена также довольно часто метастазирует.

## Лечение

Лечение следует начинать незамедлительно.

- Основным методом лечения – хирургический. Опухоль удаляют так, чтобы края резекции составляли 3 мм от ее границ. Также удаляют «сторожевые» лимфоузлы.
- Для закрытия раны может потребоваться пластика местными тканями или трансплантация кожи.
- В сложных случаях проводят иссечение по методу Моса с интраоперационной микроскопией замороженных горизонтальных срезов для определения объема операции.
- В случае внутриэпидермальных изменений в дополнение к хирургическому иссечению применяют:
  - криодеструкцию контактным методом или аэрозольным методом (проводят 3 курса терапии);
  - деструкцию лазером на углекислом газе;
  - местное лечение 5% фторурацилом (в настоящее время не рекомендуется).
- Электрокоагуляция (не рекомендуется).
- Имиквимод – альтернативный вариант лечения, который позволяет избежать хирургического вмешательства, особенно у пожилых людей.
- В исключительных случаях, только тогда, когда операция невозможна, применяют лучевую терапию (рентгеновское излучение низкого напряжения 40–60 Гр фракциями в разовых дозах по 3–5 Гр, 20 кВ).
- Фотодинамическая терапия с метиловым аминолевулином – также новый и перспективный метод терапии.

## Профилактика ЭК

Профилактика ЭК заключается в наиболее раннем выявлении заболевания и проведении активной терапии. Главной задачей является профилактика развития плоскоклеточного рака кожи из очага эритроплазии. При всех подозрительных процессах в области крайней плоти, головки полового члена необходимо проведение цитологического исследования, которое позволяет выявить клетки с атипичной кератинизацией или клетки с крупными гиперхромными ядрами.

*Список литературы находится в редакции*