

УДК 616.663-006.6-07-08

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТРОПЛАЗИИ КЕЙРА

Е.С. Муравьева, Н.А. Богданова

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ

Минздрава России, г. Тверь, Россия

Научный руководитель – ассистент Е.С. Муравьева

Резюме: эритроплазия Кейра (ЭК) (D07.4 по МКБ-10) – «это поверхностная форма плоскоклеточного рака полового члена (in situ), исходит и развивается в плоском эпителии и не проникает в подлежащие слои дермы». Согласно статистическому анализу в 20-40% случаев возможна трансформация ЭК в инвазивный плоскоклеточный рак с дальнейшим метастазированием в близлежащие лимфатические узлы [1,2].

Ключевые слова: эритроплазия Кейра; фотодинамическая терапия; дерматоскопия; хлорин Е6; лечение

EXPERIENCE IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ERYTHROPLASIA OF QUEYRAT

E.S. Muraveva, N.A. Bogdanova

Department of Dermatovenereology with Cosmetology course of Tver State Medical

University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

Scientific supervisor – assistant E.S. Muraveva

Resume: «Erythroplasia of Queyrat (EPQ) is a superficial form of squamous cell carcinoma of the penis (in situ), it comes from squamous epithelium, develops there and does not pass into the underlying layers of the dermis. According to statistical analysis, in about 20-40% of cases, transformation EPQ into invasive squamous cell carcinoma with further metastasis to nearby lymph nodes is possible» [1,2].

Keywords: erythroplasia of Queyra; photodynamic therapy; dermoscopy; E6 chloride; treatment.

Введение: эритроплазия Кейра – медленно прогрессирующее заболевание, проявляющееся, как правило, наличием одиночной папулы, возможно размером до бляшки на головке полового члена или в области крайней плоти, реже заднего прохода. Высыпание имеет ярко-красную, иногда бордовую окраску, с блестящей или слегка бархатистой поверхностью с четко выраженными границами, не имеет склонности к кровоточивости. Размеры патологического образования колеблются в широких пределах [1, 2, 4, 5].

ЭК – редкое опухолевое заболевание, относится к группе неинфекционных баланопоститов, которые также включают в себя склероатрофический лихен, болезнь Бушке-

Левенштейна, болезнь Боуэна, экстрамаммарную форму болезни Педжета [3]. Впервые клинические проявления наблюдали А. Fournier и J. Darier в 1893 г., а данное заболевание описал в 1911 г. L.Querat как «erythroplasie du gland» [5].

По данным литературы, возраст развития ЭК варьирует от 20 до 80 лет, однако дебют заболевания приходится на возрастной интервал 30-70 или 40-50 лет. Этиология не выявлена, к факторам риска развития ЭК являются: необрезанная крайняя плоть; травматизация (механическая, термическая, скопление смегмы); хроническое рецидивирующее течение генитального герпеса; инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска; наличие или лечение аногенитальных бородавок в прошлом, инфицирование вирусом иммунодефицита человека [2].

Диагностика ЭК основывается на клинической картине заболевания и патоморфологии (неравномерный акантоз, гипер- и паракератоз, многоядерные атипичные клетки с митозами; в дерме – периваскулярные инфильтраты с плазматическими клетками, сосуды расширены) [2]. Дифференцируют заболевание с генитальным герпесом, кандидозным баланопоститом, склероатрофическим лихеном, аногенитальными бородавками, баланопоститом при гарднереллезе, красный плоским лишаем, фиксированной токсикодермией и др. [5].

В последние годы увеличилось количество пациентов с зарегистрированным диагнозом Эритроплазия Кейра, что в свою очередь требует разработки дополнительных методов диагностики и определения эффективного лечения, в целях профилактики и предупреждения развития плоскоклеточного рака полового члена.

Цель исследования: оценить клинические особенности и эффективность комплексного лечения ЭК с помощью фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 29 больных с ЭК от 22 до 79 лет (средний возраст $45,5 \pm 11,9$ года). Локализация высыпаний ЭК у 16 (55,1%) больных была на головке полового члена с распространением на губки наружного отверстия уретры; у 8 пациентов (27,5%) – в области наружного и внутреннего листков крайней плоти; у 5 (17,2%) располагались тотально. У всех больных крайняя плоть в наличии. Для постановки точного диагноза проводилось патоморфологическое исследование. С помощью ультразвуковой диагностики исследовались лимфатические узлы полового члена и регионарные (паховые). Пациенты обследовались на урогенитальные инфекции методом полимеразной цепной реакции (ПЦР): генитальный герпес выявлен у 17,2 % больных, уретриты, вызванные хламидиями и уреаплазмами – у 10,3%. Трансректальное ультразвуковое исследование: хронический простатит установлен у 27,5 %, доброкачественная гиперплазия предстательной железы- у 72,4% больных. Метаболический синдром наблюдался у 62% пациентов. Назначено

лечение: метилпреднизолон по схеме системно (суточная доза 8 мг, курс лечения 2 месяца), наружно: ФДТ на высыпания с наружным гелем на основе хлорина Е6 («фотодитазин» - регистрационное удостоверение № ЛС-001246 от 18.05.2012), фотодинамическую реакцию активировали с помощью красного света в диапазоне 660 нм. Процедуру чередовали с наружным нанесением крема клобетазол 0,05%. Процедуры ФДТ проводились 1 раз в неделю в течение 2,5 месяцев (курс – 10 процедур).

Эффективность лечения оценивали клинически с помощью дерматоскопии.

Результаты и обсуждение: через 10 дней гормонотерапии и 1 процедуры ФДТ у 24 (82%) больных отмечалось уменьшение размеров бляшек, изменение окраски и эластичности кожного покрова, у 5 (18%) пациентов высыпания сохранялись. В течение 30 дней и 5 процедур ФДТ полный регресс высыпаний и восстановление эластичности кожного покрова достигнут у 27 (93,1%) больных, у 2 (6,9%) пациентов значительно уменьшились высыпания, окраска побледнела, в дальнейшем через 2,5 месяца и 10 процедур фотодинамической терапии регресс наступил у всех пациентов.

Выводы: комплексное лечение ЭК оказалось эффективной у 100 % больных. При достижении стойкой ремиссии больным удаляли крайнюю плоть и проводили регулярный контроль 1 раз в 6 месяцев регионарных лимфатических узлов (ствола полового члена и паховых) для предупреждения трансформации в плоскоклеточный рак, а также проводилась дерматоскопия.

Список литературы

1. Дубенский В.В., Дубенский Вл.В. Опухоли кожи // Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под. редакцией Ю.С. Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. –Гл. 59 С 772-806. -Текст: непосредственный.
2. Эритроплазия Кейра - современные аспекты диагностики и лечения / Дубенский В.В., Дубенский Вл. В., Некрасова Е. Г., Муравьева Е. С. // Российский журнал кожных и венерических болезней. -2020-Т23-№1. -С. 4-11. DOI: <https://dx.doi.org/10.17816/dv202014-11>. -Текст: непосредственный.
2. Баланопостит в клинической практике: оценка эффективности комплекса Баланекс/ Смерницкий А.М., Красняк С.С., Шадеркина В.А., Воеводина А.К. //Экспериментальная и клиническая урология -2022. –Т.15- №2. - С 140-146. DOI: 10.29188/2222-8543-2022-15-2-140-146.- Текст: непосредственный.
3. **Ламоткин И.А.** Внутриэпидермальный клеточный рак. Онкодерматология: атлас: учебное пособие/ И.А. Ламоткин - Эл. изд.-Электрон. тестовые данные (1 файл pdf: 881 с.) - М.:

Лаборатория знаний; 2017. - Систем. требования: Adobe Reader XI; экран 10". Гл. 14.2 С 174.

4. Справочник практического врача по наиболее часто встречающимся дерматозом / Т.В. Красносельских, Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский, К.Н. Монахов. М: ИндексМед Медиа 2023. -600 с.: ил. ISBN 978-5-990938-7-7. -Текст: непосредственный.