



## ФОТОЗАДАЧА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012  
УДК 616.5-007.23

### Узлы на коже правой голени

*Г.Н. Тарасенко<sup>1,4</sup>, Н.В. Грязева<sup>2</sup>, Ю.Г. Тарасенко<sup>3</sup>, Я.А. Смирнова<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>ФБУ 3-й Центральный военный клинический госпиталь (нач. — проф. С.А. Белякин), Красноярск; <sup>2</sup>кафедра дерматологии, микологии и косметологии (зав. — проф. Е.В. Липова) ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва; <sup>3</sup>клинико-диагностический центр (главный врач — канд. мед. наук О.П. Эмирвелиева) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России; <sup>4</sup>кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии (зав. — проф. В.В. Гладыко) Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств

Пациент С., 76 лет, болен в течение 10 лет, на протяжении которых на коже правой голени появляются медленно растущие узлы (**рис. 1**). Субъективные ощущения: умеренная болезненность в области узлов. Гистологическая картина представлена на **рис. 2**.



Рис. 1

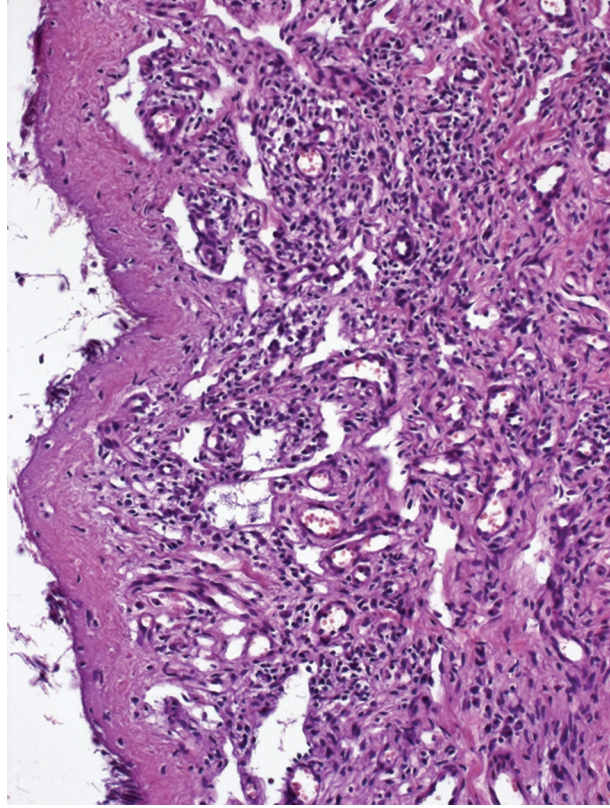


Рис. 2

Сведения об авторах:

*Тарасенко Г. Н.* — канд. мед. наук, доцент (drtarasenko@yandex.ru), *Грязева Н. В.* — врач-интерн; *Тарасенко Ю. Г.* — канд. мед. наук; *Смирнова Я. А.* — клин. ординатор.

**Диагноз:** идиопатическая саркома Капоши.

**Гистологическая картина.** Вокруг щелевидных сосудистых пространств определяется пролиферация веретенообразных клеток. Встречаются группы широкопросветных сосудистых полостей, лимфоцитарная инфильтрация.

**Общие сведения.** Саркома Капоши (СК) — многоочаговое заболевание, вероятно опухолью природы, поражающее кожу, лимфатические узлы и внутренние органы. Заболевание впервые описано М. Кароши в 1872 г. под названием «идиопатическая множественная пигментная саркома кожи». В 1894 г. автор изменил это название на другое — «идиопатическая множественная геморрагическая саркома кожи», так как при гистологическом исследовании в очагах опухоли первоначально были обнаружены кровянистые инфильтраты [1]. Выделяют также эндемическую (африканскую), эпидемическую (ВИЧ-ассоциированную) [2] и иммуносупрессивную (ятрогенную).

Развитие идиопатической СК объясняют возрастной инволюцией иммунной системы [3]. Сочетание СК с другими злокачественными процессами ретикулоэпителиальной системы косвенно подтверждает концепцию о ретикулоэпителиальном происхождении заболевания [1]. Этиологическим агентом СК признан вирус герпеса человека 8-го типа — HHV-8 [4].

Идиопатической СК чаще болеют мужчины пожилого и старческого возраста.

**Клиническая картина** характеризуется образованием пятен, папул и узлов плотнотканчатой консистенции багрового, фиолетового, красного цвета [5]. Узлы, сливаясь, нередко образуют очаги поражения разного размера — чаще поражаются симметрично нижние конечности [6]. Субъективные ощущения обычно не выражены. Различают острую, подострую и хроническую формы. Гистологически на ранней стадии наблюдают расширение и пролиферацию сосудов дермы с воспалительной реакцией, напоминающей грануляционную ткань. Основным признаком является гиперплазия с проникновением эндотелиальных клеток в стенку сосудов (стадия пятна) [7]. Затем происходит пролиферация веретенообразных клеток, разрастание щелевидных сосудов неправильной формы, заполненных эритроцитами, отложения гемосидерина, эозинофильные глыбки гиалина (стадия бляшки). Далее веретенообразные клетки образуют пласты и пучки, проявляя признаки атипизма. Вновь образованные сосуды образуют густую сеть и заполнены эритроцитами (стадия узла) [3]. Ранние ангиоматозные очаги мягкие на ощупь, однако со временем они становятся более плотными. В начале процесса особенно на нижних конечностях наблюдаются плотный фиброзный отек. Иногда СК развивается на слизистых оболочках, в полости рта, пищеваритель-

ном тракте [8]. С возрастом элементы приобретают более коричневый оттенок, могут образовываться веррукозные или гиперкератотические разрастания на поверхности. Процесс может экзematизироваться, появляются эрозии и язвы [2]. Как правило, СК течет доброкачественно и медленно (в среднем 3—8 лет), однако описаны случаи злокачественного течения с вовлечением легких, селезенки, сердца [8].

**Дифференциальный диагноз** проводят с телеангиэктатической граулемой, узловой меланомой, красным плоским лишаем, пиогенной граулемой, гемангиомой, болезнью Шамберга, грибовидным микозом.

**Лечение.** Используемые методы лечения СК обеспечивают лишь ремиссии той или иной длительности, в то же время адекватная терапия может привести к рассасыванию элементов с остаточной пигментацией аτροφией. Наиболее эффективны инъекции проспидина (по 100—200 мг ежедневно внутримышечно, суммарно 3—4 г). Через 3—4 мес курс лечения повторяют. Эффективность терапии повышается при комбинации с препаратами интерферона [4].

В комплексное лечение органических форм (например, в сочетании с химиотерапией, хирургическим методом) иногда включают рентгенотерапию, однако она дает временный эффект. Отдельные небольшие опухоли удаляют с помощью диатермокоагуляции, хирургическим путем (или методом криохирургии). Местно рекомендуют мазь с 50% проспидина или его раствор в димексиде [9]. Возможны CO<sub>2</sub>-лазерная деструкция небольшого количества узлов, хирургическое иссечение крупных узлов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Каламкарян А. А.* Саркома Капоши: Руководство для врачей. В кн.: Кожные и венерические болезни. Скрипкин Ю. К., ред. М.: Медицина; 1996. Т. 3, гл. 6: 139—47.
2. *Freedberg I. M., Eisen A. Z., Wolff K. et al.* In: Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2003: 1020—5.
3. *Ламоткин И. А.* Клиническая дерматоонкология. Атлас. М.: Бином; 2011: 346—57.
4. *Молодцов А. В., Казанцева И. А., Гурцевич В. Э.* Саркома Капоши. М.: Бином; 2002.
5. *Ламоткин И. А.* Опухоли и опухолеподобные поражения кожи: Атлас. М.: Бином; 2006.
6. *Каламкарян А. А., Акимов В. С., Казанцева И. А.* Саркома Капоши. Новосибирск; 1986: 101—12.
7. *Berebain B. A., Studnicin A. A.* Дифференциальная диагностика кожных болезней. М.: Медицина; 1989: 351—4.
8. *Ioachim H.L., Adsay V., Giancotti F.R., Dorsett B., Melamed J., et al.* Kaposi's sarcoma of internal organs. A multiparameter study of 86 cases. *Cancer*. 1995; 75(6): 1376—85.
9. *Романенко И. М., Кулаза В. В., Афонин С. Л.* Лечение кожных и венерических болезней: Руководство для врачей. В 2 т. М.: Медицинское информационное агентство; 2006; Т. 2: 644—9.