

УДК 616.5-006.311.04

С.А. Ермолицкая, Л.Г. Зима, Е.Ю. Филиппова, Ю.А. Калашникова

Краевой клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД (690011 г. Владивосток, ул. Борисенко, 50)

САРКОМА КАПОШИ С НЕТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ*Ключевые слова: саркома Капоши, диагноз.*

Саркома Капоши — многоочаговая злокачественная опухоль сосудистого происхождения с преимущественным поражением кожных покровов и вовлечением в патологический процесс внутренних органов и лимфатических узлов [1]. Причиной саркомы Капоши является вирус герпеса человека VIII типа, а в механизме развития важную роль играет нарушение противоопухолевого иммунитета. Вирусная теория развития саркомы Капоши впервые была выдвинута в 1967 г. [2].

Саркома Капоши в последние 5 лет стала встречаться значительно реже, что совпало с началом применения комбинированной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции, в частности — ингибиторов протеаз. Начиная с первых лет эпидемии ВИЧ-инфекции, саркому Капоши стали рассматривать как одно из основных СПИД-ассоциированных заболеваний. Для нее характерны крупные очаги поражения, расположенные на лице и сильно обезображивающие человека, а также очаги, расположенные на ногах или в области суставов, которые ограничивают физическую активность. При генерализованной форме поражаются легкие, лимфоузлы, печень и желудочно-кишечный тракт. Саркому Капоши следует дифференцировать с разнообразными сосудистыми опухолями, а также с фибросаркомой, лейомиосаркомой, синовиальной саркомой и меланомой [3]. Важными клиническими особенностями СПИД-ассоциированной саркомы Капоши являются первичное поражение лица, слизистых оболочек и верхних конечностей. Излюбленная локализация патологического процесса — кончик носа и твердое небо. Приводим собственное наблюдение.

Больная Б. 25 лет состоит на диспансерном учете в ККЦ СПИД г. Владивостока с 2009 г. ВИЧ-инфекция (ИБ+) диагностирована в 2003 г. С 2003 по 2009 г. отбывала наказание в исправительной колонии. При обращении предъявляла жалобы на боли, отеки нижних конечностей, пигментацию кожи и узловатые элементы на коже туловища, рук, ног, повышение температуры тела до 37–38°C, разжиженный стул до 5 раз в сутки. Болезненные пятна на подошвенной поверхности стоп появились в марте–апреле 2008 г. В течение 1,5 месяца они распространились на верхние конечности, туловище, но к врачам пациентка не обращалась. С августа 2007 г. отмечала снижение веса на 5 кг, периодические ознобы, повышение температуры тела, увеличение периферических лимфатических узлов и болезненность паховых лимфатических узлов. При поступлении в больницу исправительной колонии CD4⁺-лимфоциты — 417 кл./мкл,

вирусная нагрузка — 46945 копий/мл. Назначена антиретровирусная терапия (зидовудин, видекс, калетра) с перерывом на 2 недели из-за обострения хронического вирусного гепатита С.

При поступлении в ККЦ СПИД состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы увеличены до 1–1,5 см, эластичные, умеренно болезненные. Стул периодически жидкий, до 2–3 раз в сутки. Стопы пастозны. Локально: процесс распространенный, симметричный с поражением кожи нижних и верхних конечностей, а также кожи туловища. Высыпания представлены папулами диаметром 0,5–1 см и бляшками размером от 1,5 до 6–10 см в поперечнике с четкими границами, округлыми и фесточатыми краями, от вишнево-красного до буро-фиолетового цвета с гладкой поверхностью. На подошвах, где локализовалось основное количество крупных бляшек, кожа с гиперкератозом, гиперемирована, отечна. При сонографии обнаружены признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы, увеличение забрюшинных лимфатических узлов.

Выполнена биопсия участка кожи левого предплечья. Выявлена картина, соответствовавшая начальной стадии ангиоматозной формы саркомы Капоши. После консультаций дерматовенеролога и онколога диагностирована ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши, IV стадия, генерализованная форма.

В настоящее время больная наблюдается в ККЦ СПИД, продолжается антиретровирусная терапия (калетра, комбивир). На ее фоне новые высыпания не появляются, пятна и бляшки стали менее болезненными. Данный случай демонстрирует нетипичное первичное поражение кожи стоп при саркоме Капоши с распространением процесса на кожу туловища и верхних конечностей.

Литература

1. Белова Е.Г., Кускова Т.К. Герпес-вирусы 6, 7, 8-го типов // *Лечащий врач*. 2006. № 2. С. 76–79.
2. Исаков В.А., Борисов В.В., Исаков Д.В. Герпес: патогенез и лабораторная диагностика: руководство для врачей. СПб.: Лань, 1999, 120 с.
3. Покровский В.В., Ермач Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Т. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. М.; 2000, 90 с.

Поступила в редакцию 01.06.2009.

KAPOSI'S SARCOMA WITH ATYPICAL LOCALISATION OF PRIMARY LESION*S.A. Ermolitskaya, L.G. Zima, E.Yu. Filippova, Yu.A. Kalashnikova**Regional Clinical Centre of Prevention and Fight against AIDS (50 Borisenko St. Vladivostok 690011 Russia)*

Summary — The paper presents clinical observations of Kaposi's sarcoma diagnosed in 25 years old patient having HIV-infection and atypical localisation of primary lesion — skin of feet — with further dissemination on skin of body and upper extremities.

Key words: *Kaposi's sarcoma, diagnosis.*

Ермолицкая Светлана Александровна — заведующая отделом диспансерного наблюдения и медико-социальной реабилитации ККЦ СПИД; тел.: 8 (4232) 63-62-09, 27-42-03.