

Псевдосаркома Капоши (тип Мали). Клиническое наблюдение

Ш.М. Гайнулин, В.Н. Гребенюк, А.О. Олисов, М.В. Комлев, А.Н. Кулешов

Pseudo — Kaposi sarcoma (Mali type). Clinical case

S.M. GAINULIN, V.N. GREBENUK, A.O. OLISOV, M.V. KOMLEV, A.N. KULESHOV

об авторах:

Ш.М. Гайнулин — главный врач Городской клинической больницы № 14 им. В.Г. Короленко, г. Москва, д.м.н.

В.Н. Гребенюк — заслуженный врач РФ, консультант Городской клинической больницы № 14 им. В.Г. Короленко, д.м.н., профессор

А.О. Олисов — зав. венерологическим отделением Городской клинической больницы № 14 им. В.Г. Короленко, г. Москва

М.В. Комлев — врач-дерматовенеролог венерологического отделения Городской клинической больницы № 14 им. В.Г. Короленко, г. Москва

А.Н. Кулешов — врач-дерматовенеролог венерологического отделения Городской клинической больницы № 14 им. В.Г. Короленко, г. Москва

Представлен случай клинического наблюдения псевдосаркомы Капоши (тип Мали) у больного 45 лет. Его развитие о данном случае связано с травмой, а не врожденной сосудистой дисплазией, как при псевдосаркоме Капоши (тип Стюарта — Блюфарба).

Ключевые слова: **саркома Капоши, псевдосаркома Капоши — тип Мали.**

The paper presents the clinical case of Pseudosarcoma Kaposi (Mali type) of patient at age of 45 years. Its manifestation was induced by trauma and this was not a congenital vascular dysplasia as in Pseudo — Kaposi sarcoma (Stewart — Bluefarb type).

Key words: **sarcoma Kaposi, pseudo — Kaposi sarcoma (Mali type).**

■ Саркома Капоши (СК), описанная Капоши в 1872 г. как *Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum*, в типичных случаях не вызывает особых диагностических затруднений. Но она отличается выраженным клиническим полиморфизмом: различают диссеминированную острую и подострую СК, ассоциированную с ВИЧ-инфекцией, и классическую хроническую идиопатическую форму. Наличие иммуносупрессивной ятрогенной формы, атипичная локализация (лицо, туловище, гениталии) и необычные проявления СК (кистозные) и др. увеличивают сроки распознавания заболевания от нескольких месяцев до 10 лет [1, 2, 4—7].

Мы наблюдали случай псевдосаркомы Капоши (тип Мали), который, из-за казуистичности обделен вниманием медицинской литературы и малознаком врачам.

Больной Б., 45 лет, божж, поступил во 2-е венерологическое отделение ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко 16.03.10 г. с диагнозом варикозная экзема правой голени и саркома Капоши (?).

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа, ожирение III степени, хронический гастрит, варикозный симптомокомплекс и хроническая венозная недостаточность (ХВН) правой нижней конечности, лимфостаз, ангиопатия сетчатки.

Считает себя больным около 6 лет, когда после перелома обеих костей правой голени со смещением появились отек и трофические язвы пораженной голени. Амбулаторное лечение наружными средствами было неэффективным. Отмечал нарастающее увеличение площади поражения, медленное прогрессирование кожного процесса.

16.03.10 г. обратился в городскую поликлинику № 7 (для лиц без определенного места жительства) и был направлен на стационарное лечение в ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко.

Пациент родился в Грузии, имеет среднее образование. В последнее время не работает. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные болезни:

аппендэктомия, ожог предплечья, перелом костей правой голени. Холост. Промискуитет с 17 лет. Общее состояние удовлетворительное, соматически здоров. АД 140/90 мм рт. ст., пульс 68 в минуту. Физиологические отправления в норме.

При поступлении: патологический процесс на коже ограничен средней и нижней третью правой голени и частично тыльной поверхностью правой стопы, где кожа была отечна, голень значительно увеличена в объеме (см. рисунок, а). Пораженная кожа на фоне варикозного симптомокомплекса — от темно-вишневого, бордово-синюшного до черного цвета. На фоне застойной гиперемии определяются небольшое мокнутие, множественные папулы, эрозии, язвы диаметром 3,5—5 см, пигментации, ангиоматозные высыпания, наслоения геморрагических корок. Границы очагов четкие (см. рисунок, б), при пальпации температура в очаге поражения повышена.

При лабораторном обследовании в общем анализе крови (от 30.03.10): Нb 152 г/л, эр. $4,76 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит 38,6%, л. $4,1 \cdot 10^9/л$, п. 3%, с. 34%, э. 4%, лимф. 56%, мон. 2%, СОЭ 22 мм/ч, среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) — 31,9 нг, степень насыщения эритроцита гемоглобином (MCHC) — 394 г/л, тр. $19,0 \cdot 10^9/л$.

Биохимический анализ крови: общий белок — 84,7 г/л, альбумин — 37,4 г/л, мочевина — 4,8 ммоль/л, билирубин общий — 18,2 мкмоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, аланинаминотрансфераза — 169,3 МЕ/л,

аспартатаминострасфераза — 198,6 МЕ/л, глюкоза — 7,0 ммоль/л, глутатионпероксидаза — 93,2 МЕ/л, сахарная кривая (23.09.10): 9.00 — 5,98 ммоль/л, 11.00 — 11,99 ммоль/л.

Общий анализ мочи (29.03.10.): цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1030, эпителий — един в поле зрения, белок — abs, лейкоциты — 5—7 в поле зрения, эритроциты — abs, бактерии — abs.

РПГА отр, РМП отр. (17.03.10), ИФА отр. (18.03.10), антитела к ВИЧ-вирусу, HBsAg не обнаружены (18.03.10).

Яйца глистов в кале не выявлены.

Консультация хирурга: варикозная болезнь, ХВН-2, лимфостаз, трофические нарушения кожи правой голени. Назначено лечение: зитролид (500 мг 1 раз в день — 5 дней), карсил, манинил, трентал, детралекс (500 мг 2 раза в день), диуретики, аскорутин, кларитин (10 мг утром). Наружно: влажно-высыхающие повязки с раствором хлоргексидина; линкомициновая паста, 2% борно-дегтярная паста. Отмечено улучшение на 8-й день терапии.

На фоне лечения уменьшились воспалительные явления, отечность, объем голени.

Практическая значимость своевременного распознавания псевдосаркомы Капоши заключается в избавлении больного от лечения цитостатиками (в первую очередь проспидином) и рентгенотерапии. Дифференциально-диагностические признаки СК и обоих типов псевдосаркомы Капоши представлены в таблице.

У пациента гипсовая повязка была снята спустя 12 мес. В представленном случае перелом костей голени можно рассматривать как провоцирующий



а



б

Рис. Псевдосаркома Капоши, тип Мали.

Поражение средней и нижней трети правой голени и частично тыла стопы. На фоне застойной гиперемии множественные папулы, сливающиеся в обширные бляшки (а), ангиоматозные разрастания (б), пигментация кожи

ТАБЛИЦА

Дифференциально-диагностические симптомы СК и псевдосаркомы Капоши

Параметр	СК	Псевдосаркома Капоши	
		тип Мали	тип Стюарта — Блюфарба
Общая характеристика заболевания. Этиология.	Бластоматозное системное многоочаговое заболевание сосудистого генеза с поражением кожи, слизистых, лимфоузлов и внутренних органов	Сосудистое заболевание нижних конечностей, обусловленное ХВН. Нарушение венозного кровообращения	Хроническое заболевание нижних конечностей, в основе которого лежит порок эмбрионального развития сосудистой системы — наличие врожденных артериовенозных фистул
Клинико-морфологические проявления	Пятна — розово-синюшные, пурпурозные, фиолетовые; узелки, узлы, бляшки, эрозии	Пятна — синюшно-коричневые, бляшки, инфильтраты, язвы	Пятна, узелки, бляшки (синюшно-коричневые), отек, язвы, папилломатозные разрастания
Локализация поражений	Любой участок кожи и слизистых, в том числе стопа — подошвенная, латеральная, тыльная поверхности	Тыльная поверхность стопы	Нижняя треть голени, тыльная и латеральная поверхности стопы
Симметричность высыпаний	Двусторонние	Часто двусторонние	Односторонние
Возраст заболевших	50—60 лет	После 40—50 лет	Начало в 20—30 лет
Варикозное расширение вен голени	Обычно нет	Обеих голени	Одностороннее
Слоновость голени, стоп	Может быть	Нет	Бывает редко
Местная гиперемия кожи	Нет	Нет	Температура на 1—2 °С повышена
Субъективные ощущения	Небольшая болезненность	Болезненность в инфильтратах	Болезненность при ходьбе
Динамика высыпаний	Несколько недель, месяцев	Медленная	Редко 2—3 года
Иммуногистохимическая пероксидазная реакция с антителами к CD34	Определяется в эндотелиальных и периваскулярных веретенообразных клетках СК	Отсутствует в периваскулярных клетках псевдосаркомы	Отсутствует в периваскулярных клетках псевдосаркомы
Лечение	Цитостатики, Ro-терапия, комбинация с препаратами интерферона (виферон, неовир, интрон А). При ограниченных очагах на лице используют криотерапию жидким азотом	Как при ХВН	Хирургическое (склерозирование), тугое бинтование, ангиопротекторы микроциркуляции
Прогноз болезни	Неблагоприятный	Благоприятный	Благоприятный

фактор, способствующий развитию патологического процесса. Следует подчеркнуть, что в отличие от псевдосаркомы Капоши (тип Стюарта — Блюфарба), при которой артерио-венозные анастомозы формируются на стадии эмбриогенеза, при псевдосаркоме Капоши (тип Мали) патологический процесс носит приобретенный характер.

Клинически заболевание характеризовалось обширным массивным поражением правой голени и стопы, утолщением кожи буровато-коричневой, темно-серой окраски, веррукозными наслоениями. Практически важно своевременно распознать заболевание, при лечении которого не применяют проспидин и лучевую терапию в отличие от СК. ■

Литература

1. Каламкарян А.А., Акимов В.Г., Казанцева И.А. Саркома Капоши. Новосибирск: Наука 1986; 112.
2. Молочков А.В., Карташова М.Г., Шаталова О.А. Саркома Капоши: современные подходы к диагностике и лечению. *Consilium medicum* (приложение) Дерматология 2005; 3—7.
3. Каламкарян А.А., Суколин Г.И., Мордовцев В.Н. Псевдосаркома Капоши: особенности клинических проявлений, взаимосвязь с врожденными сосудистыми дисплазиями. *Вестн. дерматол. и венерол.* 1982; 1: 10—11.
4. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. М.: МИА 2009; 63—65.
5. Чистякова И.А., Кезай И.А., Бухова В.П., Куршакова Т.С. Кистозная саркома Капоши. *Вестн. дерматол. и венерол.* 1995; 5: 50—51.
6. Ильин И.И., Тряпичников П.Ф. К казуистике болезни Капоши. *Вестн. дерматол. и венерол.* 1973; 2: 55—58.
7. Чилингилов Р.Х., Краснощекова Н.Ю., Молочков А.В. К проблеме совершенствования терапии саркомы Капоши. *Вестн. дерматол. и венерол.* 1998; 1: 12—14.