

in southeastern Romania // Lancet. 1998.-V. 352.- № 9130. -pp. 767-771.

Сведения об авторах

Кимирилова Ольга Геннадьевна – к.м.н., ассистент кафедры детских инфекций ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, E-mail: Olgakit@mail.ru.

Харченко Геннадий Андреевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских инфекций ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, E-mail: xarchenkoGA@mail.ru.

Кимирилов Алексей Алексеевич, врач-реаниматолог ГУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», E-mail: OIKB@ASTRANET.RU.

УДК: 616.5-006/304:616/98:578/828Н1V

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ САРКОМА КАПОШИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

И.В. Давудова¹, Г.А. Безлобенко¹, М.А. Олексюк¹,
Н.В. Фокина¹, Т.В. Корита²

¹ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»,

²ФБУН Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора

Описан случай возникновения саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированного больного на стадии СПИД. Отмечены регрессия элементов опухоли и улучшение качества жизни на фоне антиретровирусной терапии.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, саркома Капоши, антиретровирусная терапия.

Generalized Kaposi sarcoma in HIV-infected patient, clinical case

I.V. Davoodova¹, Bezlobenko G.A¹, Oleksyuk M.A.¹, Fokina N.V.¹, Korita T.V.²

¹*Kamchatka regional centre for AIDS prevention and control,*

²*Khabarovsk Research Institute of Epidemiology and Microbiology of Rosbotrebnadzor*

A case of generalized Kaposi sarcoma in HIV-infected patient in early stage of the disease is described in this article. Reformed antiretroviral therapy led to tumor regression and improvement of quality of life.

Key words: HIV-infection, AIDS, Kaposi sarcoma, antiretroviral therapy.

Саркома Капоши – многоочаговая злокачественная опухоль сосудистого генеза с преимущественным поражением кожи, лимфатических узлов и внутренних органов. Данное заболевание впервые было описано в 1872 году венгерским дерматологом Морицем Капоши под названием «идиопатическая множественная пигментная саркома кожи» [1]. На протяжении 80-90 лет после открытия, данная патология рассматривалась, как мало распространенное экзотическое заболевание хронического генеза.

До пандемии ВИЧ/СПИДа саркома Капоши встречалась относительно редко, в основном у мужчин пожилого возраста и характеризовалось многолетним течением. Отмечено, что на фоне ВИЧ-инфекции случаи развития данного заболевания наблюдаются в 20 раз чаще, преимущественно среди гомо-и бисексуальных мужчин молодого возраста. Болезнь отличается злокачественным течением. Среди женщин, больных СПИДом выявление случаев саркомы Капоши встречается относительно

редко, однако течение данного заболевания имеет более агрессивный характер [2]. По мере накопления количества наблюдений, стала понятна зависимость возникновения саркомы Капоши от состояния иммунной системы. Именно подавление иммунного ответа, закономерно развивающееся у ВИЧ-инфицированных больных на стадии СПИДа, приводит как к присоединению вторичных оппортунистических инфекций, так и к блокаде механизмов, сдерживающих опухолевый рост (онко-СПИД), следствием чего является возникновение саркомы Капоши. Среди ВИЧ-инфицированных людей данное заболевание выявляется примерно в 20 тысяч раз чаще, чем среди общей популяции, и в 300 раз чаще, чем среди пациентов с иммунодефицитами, вызванными другими причинами.

В 1988 году саркома Капоши была включена в перечень СПИД-ассоциированных заболеваний, и был выделен «эпидемический» (СПИД-ассоциированный) тип данного заболевания.

Саркома Капоши возникает при наличии иммунодефицита и инфицировании вирусом простого герпеса 8 типа (Human Herpes Virus 8 type, HHV-8, ВГЧ-8), впервые изолированным из биоптата очага поражения СПИД-ассоциированной саркомы Капоши в 1994 г.) [3]. В основе механизма развития саркомы Капоши лежит повышение чувствительности к цитокинам, регулирующим процессы ангиогенеза и лимфангиогенеза, обусловленные действием ВИЧ и ВГЧ-8 типа [4]. После обнаружения ВГЧ-8 типа при отсутствии высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) саркома Капоши развивается через 3-4 года. Частота выявления вышеназванной патологии в эпоху ВААРТ снизилась примерно в 100 раз. Кроме того, с появлением антиретровирусной терапии изменилось клиническое течение саркомы Капоши. Наблюдавшиеся до эпохи ВААРТ устойчивые к лечению формы данного заболевания с агрессивным злокачественным течением, часто приводящие к смерти больного, сегодня встречаются редко.

Саркома Капоши является маркером ВИЧ-инфекции. Диагностика данного заболевания основывается на клинико-эпидемиологических данных. Быстрый рост опухоли начинается при количестве CD₄ ниже уровня 200 кл/мл. Одной из особенностей саркомы Капоши является резистентность к проводимой противоопухолевой терапии, но на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ) наблюдается регрессия элементов опухоли и увеличение продолжительности жизни. Прогноз зависит от количества CD₄ клеток, своевременного назначения АРВТ и распространенности поражения.

При СПИД-ассоциированной саркоме Капоши возможно поражение внутренних органов [5]. Желудочно-кишечный тракт затрагивается примерно в 40% случаев, органы дыхания (трахея, бронхиальное дерево, плевра, легочная паренхима) – в 20-50% случаев, что может привести к развитию легочной недостаточности в результате лимфангита, эндобронхиальной обструкции и ателектаза.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни больного, находившегося на диспансерном учёте в Камчатском краевом Центре профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Больной И., 1974 года рождения, диагноз ВИЧ-инфекция установлен в 2004 году. На диспансерном учёте в Камчатском краевом Центре профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями состоит с 2006 г., контрольные явки – 1 раз в год. В 2012 году по клиническим показаниям была назначена АРВТ. Однако в феврале 2013 года пациент самостоятельно отменил данное назначение в связи с развитием побочных явлений, в виде диарейного синдрома и диспепсических явлений. Чувствовал себя удовлетворительно.

В июле 2013 года получал лечение в нейрохирургическом отделении по поводу острой черепно-мозговой травмы: ушиба головного мозга тяжелой степени тяжести.

В январе 2014 года отмечено ухудшение самочувствия в виде повышения температуры от 37,4°С до 39°С, появления одышки при легкой физической нагрузке, постепенного образования синюшных элементов в виде бляшек на коже лица, волосистой части головы, шеи, спины, грудной клетки, верхних и нижних конечностях и слизистой оболочки рта. Обратился в поликлинику Камчатского краевого Центра профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями, но от госпитализации отказался. Обследовался амбулаторно. Результаты обследования от 16 января 2014 г. - количество CD₄ клеток в крови 77 кл/мл, ВН РНК ВИЧ 321 500 копий/мл; при рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: корни легких расширены, уплотнены. Грибковое поражение легких? Проведена компьютерная томография органов грудной клетки. Заключение: КТ-картина гематогенно-диссеминированного процесса в лёгких, вероятно, метастатического характера. Проконсультирован: фтизиатром – данных за туберкулез легких нет, онкологом – данных за онкологическую патологию, в том числе саркому Капоши нет. Направлен в инфекционное отделение Камчатского краевого Центра профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями для уточнения диагноза и начала курса ВААРТ.

Поступил в инфекционное отделение 14.02.14 г. с диагнозом: ВИЧ-инфекция стадия 4В, фаза прогрессирования вторичных заболеваний вне АРВТ: саркома Капоши? Кандидоз слизистой полости рта и пищевода.

При поступлении: жалобы на общую слабость, повышение температуры до 38,4°С, одышка при физической нагрузке, боль при дыхании в грудной клетке, отсутствие аппетита, боль при глотании, высыпания на теле и слизистой. Состояние средней тяжести. В сознании, адекватный. На коже

лица, волосистой части головы, шеи, туловище, верхних и нижних конечностей множественные фиолетовые элементы в виде бляшек, возвышающиеся над поверхностью кожи, диаметром от 0,3 до 3,0 см, плотные безболезненные при пальпации. На слизистой поверхности щек, корне языка, мягкого неба фиолетовые узлы, по типу буллезной мостовой, диаметром до 3,0 см. Заднешейные и подмышечные лимфоузлы увеличены, гороховидной формы, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей клетчаткой. Во всех отделах легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 88 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт.с. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менингеальные симптомы отрицательные. Проведено лабораторное обследование. Клинический анализ крови: Нb - 116г/л; Eг - $3,9 \cdot 10^{12}$ /л; L - $6,2 \cdot 10^9$ /л; СОЭ -36 мм/ч; ЦП - 0,89; п/я - 0%; с/я - 48%; л - 14%; м - 38%; тромбоциты – $167 \cdot 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: билирубин 14-0-14 мкМоль/л; тимоловая проба - 1,4ед; АЛТ/АСТ -16/18 МЕ/л; холестерин – 3,4 мМоль/л; мочевина 3,9 мкМоль/л; креатинин 111 мкМоль/л; щелочная фосфатаза 91МЕ/л; ГПТП 33 МЕ/л; амилаза 41 МЕ/л; о.белок 71г/л; ПТИ 97%; фибриноген 3,9г/л. Результаты фиброгастроскопии: эрозивно-язвенный эзофагит, множественные новообразования слизистой рта, ротоглотки, пищевода, желудка, саркоматоз. Результаты фиброколоноскопии кишечника: патологии толстого кишечника не выявлено. Повторно проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки. Заключение: в обоих легких множественные очаговые тени с нечеткими контурами диаметром от 5 до 20 мм, на фоне усиливающего легочного рисунка. Корни расширены. Синусы свободные. Диссеминированные изменения в легких. 14.03.14г. повторно осмотрен онкологом, выставлен диагноз: Саркома Капоши.

Получал лечение: т.азитромицин 1000мг/неделю; т.бисептол 480 2т*2р.; т.фамотидин 40мг/с; к.фосфоглив 2к*3р.; т.фтизиоактив 2г/день и т.этамбутол 1,2г 1т*3р 3раза в неделю; назначена АРВТ с 19.02.14г.: калетра 200+50 2к*2р; т.комбивир 300+150 1т*2р.

На фоне начатого курса АРВТ, уже через неделю у больного наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения объема и смены цвета (на более бледный) бляшек на слизистой и коже, исчезла одышка, нормализовалась температура, повысилось количество CD4 клеток до 156 кл/мл (от 26.03.14г.), ВН РНК ВИЧ снизилась до 1654 копий/м (от 26.03.14г.).

На основании результатов клинико-эпидемиологических данных, объективного осмотра и инструментальной диагностики выставлен клинический диагноз: ВИЧ-инфекция стадия 4В, фаза прогрессирования вторичных заболеваний вне АРВТ: генерализованная форма саркомы Капоши с метастазированием в легкие, в верхние отделы желудочно-кишечного тракта: генерализованный кандидоз слизистой полости рта и пищевода.

Больной был выписан для наблюдения и лечения у инфекциониста поликлиники Камчатского краевого Центра профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями, с рекомендациями продолжить АРВТ. Однако дальнейшее наблюдение за больным оказалось невозможным в связи со сменой места жительства и снятием его с диспансерного учета.

Таким образом, отсутствие приверженности в АРВТ, наличие тяжелой черепно-мозговой травмы привело к развитию генерализованной формы саркомы Капоши. Своевременная диагностика саркомы Капоши и назначение антиретровирусной терапии сопровождалось регрессией заболевания и улучшением качества жизни.

Литература

1. Дерматовенерология. Клинические рекомендации. 2006-2007. Под ред. А.А. Кубанова. – ГЭОТАР - Медиа. 2006.
2. ВИЧ-инфекция (клиника, диагностика и лечение) // В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юрин. – М., 2000. – С.90-102.
3. Молочков А.В., Казанцева И.А., Гурцевич В.Э. Саркома Капоши. – М., 2002.
4. Бартлетт Д., Галлант Д., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – 2009-2010. М.: Р. Валент, 2010. – С.449-451.
5. AANIVM fundamentals of HIV medicine: Edition for the HIV specialists / by ed. Charles F.Farthing. – 2007. – P.1163.

Сведения об авторах

Даудова Ирина Васильевна – главный врач Камчатского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. E-mail: antiids@mail.kamchatka.ru