

ПСПБГМУ имени академика И.П.Павлова

Саркома Капоши

Работы выполнила :Добан Каролина 482 группа.

Преподаватель :Лебедева Наталья Васильевна.

Санкт-Петербург 2015 год.

*История

*Заболевание впервые было описано М. Капоши в 1872г под названием “идиопатическая множественная саркома” а потом -”идиопатическая множественная геморрагическая саркома кожи”.



* Причины и распространение

Фактор, провоцирующий развитие: вирус герпеса 8-го типа (HHV-8, ВГЧ-8)

Группы риска:

- * ВИЧ-инфицированные мужчины;
- * Пожилые мужчины средиземноморского происхождения;
- * Лица из экваториальной Африки;
- * Лица с пересаженными органами (реципиенты).

Патогенез

*Саркома Капоши - иммунозависимый процесс, обусловленный пролиферативными изменениями клеток эндотелия, в гистогенезе принимают участие как эндотелиоциты, так и околосоудистые клетки, являющиеся полипотентными в отношении опухолевого роста.

Клиническая картина

Цвет опухоли:

Красный

Фиолетовый

Бурый





Классификация саркомы Капоши

- * Классический тип
- * Эндемический тип
- * Эпидемический тип
- * Иммуно-супрессивный тип

Классический тип

Распространен в Центральной Европе, России и Италии. Чаще всего поражаются стопы, боковые поверхности голени, поверхности кистей. Очень редко встречаются на слизистых оболочках и веках. Режко бывает зуд и жжение, границы четкие.



Стадии

- * Пятнистая. Самая ранняя стадия. Пятна на этой стадии красновато-синюшного или красновато-бурого цвета диаметром от 1мм до 5мм, неправильной формы. Поверхность гладкая.

* **Папулезная.** Элементы в эту стадию сферической или полусферической формы, плотно-эластической консистенции, от 2мм до 1см в диаметре. Чаще изолированные. При слиянии образуют бляшки уплощенной или полушаровидной формы. Поверхность бляшек гладкая или шероховатая (по типу апельсиновых корок).



* **Опухолевая.** На этой стадии происходит образование единичных или множественных узлов. Диаметр от 1-5см, красно-синюшного или синюшно-бурого цвета. Мягкие или плотно-эластической консистенции, сливающиеся и изъязвляющиеся.



Эндемический тип

Распространен в Центральной Африки. Пик заболеваемости в первый год жизни ребенка. Поражаются внутренние органы и главные лимфоузлы.



Эпидемический тип



Иммунно- супрессивный тип

- * Протекает, как правило, хронически и доброкачественно. Развивается после пересадки почки, после которой назначаются особые типы иммуносупрессоров. При отмене препаратов наступает регресс заболевания. Внутренние органы вовлекаются редко. Сохраняется функциональная активность иммунной системы, возможно самоизлечение.

Формы саркомы Капоши

- * Острая-быстрая генерализация процесса.
- * Подострая-менее быстрое течение
- * Хроническая-периоды регрессии.
Длительность заболевания- 8-10 лет.

Диагностика

- * Клинические особенности процесса
- * Гистологическое исследование

Дифференциальная диагностика

- * Саркоидоз
- * Красный плоский лишай
- * Грибовидный микоз
- * Псевдосаркома Капоши





Саркоидоз



Красный плоский лишай

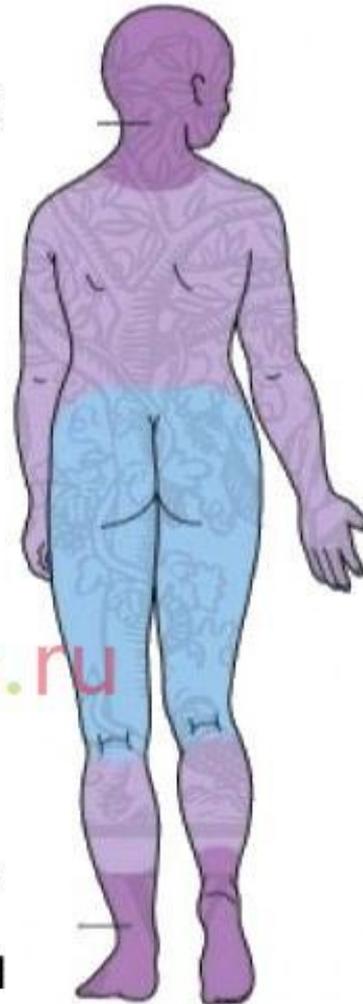


Грибовидный микоз



Псевдосаркома
Капоши

поражение на
поздних стадиях
ВИЧ



“классическая”
зона поражения



sosudinfo.ru

типичность
поражения:

-  очень часто
-  часто
-  редко



Лечение



Лечение саркомы Капоши предусматривает местное и системное воздействие. В качестве местной терапии применяют:

Облучение пораженных участков при наличии крупных болезненных образований или с целью устранения косметических дефектов;

Лечение холодом (криотерапия);

Введение химиотерапевтических противоопухолевых средств и препаратов, стимулирующих иммунитет (интерферон α) непосредственно в опухоль;

Аппликации с веществами, обладающими токсическими свойствами в отношении опухолевых клеток (динитрохлорбензол).

Следует заметить, что в иных случаях лечение саркомы Капоши может способствовать образованию язв, которые, в свою очередь, представляют опасность в плане инфицирования, что на фоне иммунодефицита очень усугубит ситуацию.

Что касается системного лечения, то для его осуществления, необходимы определенные условия, в частности, отсутствие симптомов болезни и хороший иммунный ответ, обеспеченный высоким содержанием клеток CD₄, что дает дополнительный шанс на выздоровление.

У них путь к излечению открыт через применение химиотерапевтических средств (поли- или паллиативной монокимиотерапии) с учетом, однако, тех обстоятельств, что полихимиотерапевтическое лечение оказывает токсическое действие на главный кроветворный орган (костный мозг), которое особенно ярко выражено при лечении ВИЧ-инфицированных больных, имеющих глубокий иммунодефицит.

 **Спасибо за внимание**