

УДК 616.993.161-07-08

ЛЕЙШМАНИОЗ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.Ю. Родин, А.В. Смирнов

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра дерматовенерологии; кафедра патологической анатомии

Приведены современные представления об эпидемиологии, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения лейшманиоза. Описан анализ собственного клинического наблюдения.

Ключевые слова: лейшманиоз, клинические проявления, диагностика.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-1(73)-181-183

LEISHMANIASIS. EPIDEMIOLOGY, CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

A.Ju. Rodin, A.V. Smirnov

FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,
Department of dermatovenerology; Department of pathological anatomy

Modern ideas about the epidemiology, clinical manifestations, principles of diagnosis and treatment of leishmaniasis are presented. An analysis of their own clinical observation is described.

Key words: leishmaniasis, clinical picture, diagnostic.

Лейшманиоз (синонимы: кожный лейшманиоз Старого Света – болезнь Боровского, кожный лейшманиоз Нового Света – американский кожный лейшманиоз, кожно-слизистый лейшманиоз – эспундия, висцеральный лейшманиоз – кала-азар, алеппский фурункул, восточная язва, иерихонская роза, лесная фрамбезия, лихорадка думдум и др.) – трансмиссивное тропическое и субтропическое заболевание человека и животных. Поражены все континенты, кроме Австралии. Ежегодно регистрируется 1 млн новых случаев заражения, от лейшманиоза ежегодно погибают 75 тыс. человек, а риску заболеть лейшманиозом подвергаются 400 млн человек [1, 5].

Вызывается простейшими рода *Leishmania*. Переносчик – самки moskitov рода *Phlebotomus*, плодящиеся в трещинах зданий, мусорных и растительных кучах и т. д. Резервуар инфекции – собаки, лисы, в Средней Азии и на юге России – мышипесчанки, крысы. В организме человека и других позвоночных лейшмании существуют в неподвижной стадии, в кишечнике переносчика – в жгутиковой. При укусе зараженных млекопитающих, лейшмании попадают в кишечник moskitov, где начинают размножаться. Затем moskity (в ночное время) кусают людей (открытые участки кожи – лицо, руки, туловище). Размножаются лейшмании в протоплазме клеток ретикулоэндотелиальной системы человека. Патологический процесс первоначально начинается в коже на месте внедрения возбудителя, в результате чего развивается инфекционная гранулёма (лейшманиома) [3, 5].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Кожный лейшманиоз Старого Света [1, 2]:

1. Антропонозный кожный лейшманиоз (синонимы: городской, сухой, поздно изъязвляющийся); разновидность – туберкулоидный (некоторые выделяют его как третий тип лейшманиоза).
2. Зоонозный кожный лейшманиоз (синонимы: сельский, влажный, остро некротизирующийся).

Лейшманиоз Нового Света:

1. Кожный лейшманиоз Нового Света.
2. Кожно-слизистый лейшманиоз.
3. Диффузный кожный лейшманиоз.

Висцеральный лейшманиоз

Клинические проявления. Клиническая картина и иммунологические проявления напоминают лепру (туберкулоидная разновидность). При диффузном кожном лейшманиозе наблюдается бурное размножение лейшманий в коже без поражения внутренних органов, воспалительная реакция при этом не выражена.

Висцеральный лейшманиоз сопровождается слабым иммунным ответом или вообще развивается на фоне иммунодефицита. При этом симптомы заболевания зависят от вида возбудителя, а также от количества лейшманий, проникших в организм, места их внедрения и т. д. Moskit может кусать одного человека многократно, этим определяется количество элементов. У переболевших остается пожизненный видоспецифичный иммунитет, хотя возможен перекрестный иммунитет к разным видам лейшманий.

Чем больше возбудителей проникло в кожу, тем короче инкубационный период. В зависимости от клинической формы, определяемой видом лейшмании, колеблется от 1 недели до 8 месяцев [4].

Зоонозный кожный лейшманиоз (возбудитель – лейшмания *major*). В месте укуса возникает бугорок (фурункулоподобный элемент) сразу после укуса или через 1–4 недели. В течение нескольких недель увеличивается до багрового узла диаметром до 2 см. Вскоре центральная часть узла некротизируется с образованием кратерообразной язвы с подрытыми краями, неровным дном, серозно-гнойным отделяемым (симптом вулкана).

Вблизи от первичного очага появляются дочерние (бугорки обсеменения, диаметром 2–5 мм). Язва сохраняется 3–6 месяцев, затем с центра начинается рубцевание, напоминающее рыбью икру с формированием атрофического пигментированного рубца неправильной формы.

Антропонозный кожный лейшманиоз (возбудитель – лейшмания *tropica*). Клиническая картина напоминает зоонозный кожный лейшманиоз, но элементы, как правило, единичные, воспаление выражено меньше, длительность заболевания дольше – 7–12 мес. («годовик»), лечение сложнее, а продолжительность инкубационного периода от 2 месяцев до 2 лет.

Висцеральный лейшманиоз. Возбудители – лейшмании *donovani*, *infantum* и др. Выделяют острое, подострое, хроническое и бессимптомное течение. Случаи последнего преобладают. Поражаются костный мозг, печень, селезёнка. Клиническая картина: лихорадка, спленомегалия, панцитопения, истощение. Возможно резкое потемнение кожи (кала-азар – черная кожа)

Прогноз. Независимо от возбудителя больные рано или поздно выздоравливают и без лечения. Исключение: диффузный кожный лейшманиоз – лечению не поддается и медленно прогрессирует, кожно-слизистый лейшманиоз – возможны вторичные бактериальные инфекции, способные привести к смерти, висцеральный лейшманиоз.

Диагностика. Патоморфологическое исследование, посев биопсийного материала, ПЦР

Лечение и профилактика. Профилактика не разработана. При кожном лейшманиозе (антропонозный и зоонозный) лечение желательнее отложить до образования язвы и формирования специфического иммунитета. Если очаг существует больше 6 месяцев или возможно обезображивание больного, лечение начинают немедленно.

Для лечения рекомендуют инъекции препаратов сурьмы в очаг 1 раз в неделю в края лейшманиомы, амфотерицин В, кетоконазол, интраконазол, дапсон. Физиотерапия: криотерапия, УЗ терапия, хирургическое иссечение, электрокоагуляция.

НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент С., 30 лет, обратился в кожнодерматологический кабинет г. Волжского с жалобами на высыпания на коже правой руки. Впервые заметил 3 недели назад. Связывает заболевание с укусом москитов. Направлен на консультацию на кафедру дерматовенерологии ВолгГМУ. Из анамнеза: житель Таджикистана, гастарбайтер, прибыл в Россию 1,5 месяца назад.

При осмотре: на наружной поверхности нижней части правого предплечья массивный очаг диаметром 7–8 см, представленный язвенным дефектом, с неровным бугристым дном, напоминающий рыбью икру, частично покрытый серыми корками, вокруг – зона гиперемии красносинюшного цвета и бахромы отслаивающего рогового слоя (рис. 1).



Рис. 1. Язвенный дефект на коже правого предплечья в стадии заполнения грануляциями

От нижней трети до локтевого сустава 7 воспалительных инфильтратов синюшного цвета до 3–4 см в диаметре, умеренно плотные при пальпации (рис. 2).



Рис. 2. Узловатые инфильтраты правого предплечья

Патоморфологическое исследование: в эпидермисе умеренный акантоз со сглаживанием дермальных сосочков и явлениями экзоцитоза.

В дерме наблюдается интерстициальный отек, разволокнение пучков коллагеновых волокон в сетчатом слое, наличие диффузноочаговой лимфоидной инфильтрации, представленной преимущественно гистиоцитами, малыми лимфоцитами, плазматическими клетками, а также небольшим количеством нейтрофильных лейкоцитов. В отдельных участках наблюдается наличие мелких базофильных образований диаметром около 3 мкм по типу телец Лейшмана, располагающихся внутри гистиоцитов, а также внеклеточно. Отмечается различная выраженность клеточного инфильтрата, который местами приобретает вид гранулематозного воспаления с формированием гранулем с центральным фибриноидным некрозом, появлением эпителиоидных клеток вокруг некротизированной ткани (рис. 3).

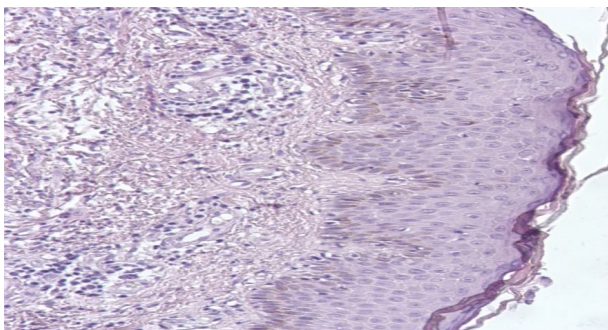


Рис. 3. Гистологическая картина биоптата кожи. Окраска гематоксилин-эозин. Ув. 10 × 18 × 10/0,25 160

На основании клинической картины, патоморфологических данных, эпидемического анамнеза выставлен диагноз: зоонозный кожный лейшманиоз. От лечения пациент отказался, руководителем землячества принято решение о возвращении больного в Таджикистан.

Приведенный случай, по нашему мнению, представляет интерес для дерматовенерологов, инфекционистов, терапевтов, с одной стороны, в силу редкой встречаемости заболевания в России, с другой – будущего потенциального повышения распространенности заболеваемости за счет трудовой миграции и туризма.

Выражаем благодарность доктору Ноне Беридзе за помощь в оформлении статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вульф К., Джонсон Р., Сьюмонд Д. Дерматология по Т. Фицпатрику. Атлас-справочник. – М., Практика, 2007. – 1228 с.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти; пер. с англ. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 736 с.
3. Пальцев М.А., Потехаев Н.Н., Казанцева И.А., Лысенко А.И., Лысенко Л.В., Червонная Л.В. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи: атлас. – 2-е изд., стереотипное. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
4. Потехаев Н.Н., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 456 с.
5. Соколовский Е.В., Михеев Г.Н., Красносельских Т.В. и др. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / под ред. Е.В. Соколовского. – СПб.: СпецЛИТ, 2017. – 687 с.

REFERENCES

1. Vul'f K., Dzhonson R., Sjumond D. Dermatologija po T. Ficpatriku. Atlas-spravochnik [Dermatology by T. Fitzpatrick. Atlas-directory]. Moscow, Praktika, 2007. 1228 p.
2. Evropejskoe rukovodstvo po lecheniju dermatologicheskix zabolevanij [European guidelines for the treatment of dermatological diseases]. In A.D. Kacambasa, T.M. Lotti (ed.); per. s angl. 2-e izd. Moscow: MEDpress-inform, 2009. 736 p.
3. Pal'cev M.A., Potekaev N.N., Kazanceva I.A., Lysenko A.I., Lysenko L.V., Chervonnaja L.V. Kliniko-morfologicheskaja diagnostika zabolevanij kozhi: atlas [Clinical and morphological diagnosis of skin diseases: atlas]. 2-e izd., stereotipnoe. Moscow: Medicina, 2005. 432 p.
4. Potekaev N.N., Akimov V.G. Differencial'naja diagnostika i lechenie kozhnyh boleznej [Differential diagnosis and treatment of skin diseases]. Moscow: GJeOTAR-Media, 2016. 456 p.
5. Sokolovskij E.V., Miheev G.N., Krasnosel'skih T.V. i dr. Dermatovenerologija: uchebnik dlja studentov uchrezhdenij vyssh. prof. med. obrazovanija [Dermatovenerology: a textbook for students of institutions of higher professional medical education]. In E.V. Sokolovskiy (ed.). Saint Petersburg: SpecLIT, 2017. 687 p.

Контактная информация

Родин Алексей Юрьевич – д. м. н., профессор кафедры дерматовенерологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: dermavolgmu@yandex.ru