

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
им. проф. В.И. Прохоренкова

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Карачева Ю.В.

Реферат:

**Редкие дерматозы в практике врача дерматолога.
Кожный лейшманиоз.**

Выполнила:
ординатор 2-го года обучения
Иванова Е.В.

Проверила:
к.м.н., доцент
Яковлева Т.А.

Красноярск 2019г.

Рецензия <доц., к.м.н. кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова Яковлевой Татьяны Александровны> на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология <Ивановой Елены Валерьевны> по теме: <Редкие дерматозы в практике врача дерматолога. Кожный лейшманиоз>

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология:

Основные критерии	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	
2. Наличие орфографических ошибок	
3. Соответствие текста реферата по его теме	
4. Владение терминологией	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6. Логичность доказательной базы	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	
8. Круг использования известных научных источников	
9. Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка: положительная/отрицательная.

Комментарии рецензента

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

1. Определение.....	4
2. Этиология. Эпидемиология.....	4
3. Клинические проявления кожного лейшманиоза.....	5
4. Дифференциальная диагностика.....	6
5. Лечение	8
6. Прогноз.....	8
7. Профилактика	9
8. Список литературы	10

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Лейшманиоз – вызванное простейшими заболевание с различными клиническими проявлениями, которые зависят от вида инфицирующего агента и от иммунного ответа хозяина.

ЭТИОЛОГИЯ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Лейшманиоз вызывают паразиты из рода *Leishmania*. Переносчиками заболевания являются москиты рода *Phlebotomus*. Передача возбудителя инфекции осуществляется через укус москитов, зараженных паразитами *Leishmania*. Заболевание встречается в двух формах – висцеральный и кожный лейшманиоз. Висцеральный лейшманиоз является системным заболеванием, диагноз ставят при обнаружении инфицирующих организмов в аспиратах селезенки, лимфатического узла или костного мозга.

Заболевание встречается у людей всех рас и обоих полов. Особенно часто встречается в Юго-Восточной Азии. Кожный лейшманиоз. В 1913 – 1915 гг. В.Л. Якимов, изучая кожный лейшманиоз в Туркестане, по морфологическим особенностям выделил две разновидности лейшманий: 1. *Leishmania tropica* var. *major* – большие паразиты округлой, овальной формы и редко имеющие форму рисового зерна величиной 5,49*3,92 мкм. 2. *Leishmania tropica* var. *minor* – малые паразиты преимущественно в форме рисового зерна, реже круглые или овальные величиной 3,92*3,24 мкм. П. В. Кожевников и Н. И. Латышев выделили 2 типа кожного лейшманиоза на основании клинических и эпидемиологических данных. Первый тип антропонозный, городской, вызывается *Leishmania tropica* var. *minor*, второй тип зоонозный, сельский, вызывается *Leishmania tropica* var. *major*. Существование лейшманий связано со сменой «хозяев»: хранителя вируса («резервуара инфекции») и кровососущего переносчика, которым является москит. В городах основным «хранителем вируса» является больной человек. Роль собачьего лейшманиоза и других предполагавшихся резервуаров инфекции остается пока неясной. Резервуаром вируса сельского лейшманиоза является большая песчанка и тонкопалый суслик. Сельский кожный лейшманиоз является зоонозом – заболеванием животных. Попутно болеет человек, попавший в этот природный очаг трансмиссивной болезни. Заболеваемость зоонозным лейшманиозом в эндемических зонах (в Средней Азии и на Кавказе) начинается в июне и заканчивается в ноябре, когда прекращается лет москитов. Строго постоянная сезонная заболеваемость отсутствует при антропонозном лейшманиозе, так как основным источником заражения является больной человек.

Москиты заражаются лейшманиями при кровососании пораженных участков кожи больных грызунов или человека. В кишечнике москита лейшмании-амастиготы превращаются в жгутиковые формы лептомонады-промастиготы. Ворота инфекции является кожа в месте укуса москита. Здесь происходят размножение и накопление лейшманий.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Антропонозный кожный лейшманиоз (поздно изъязвляющийся кожный лейшманиоз, городской тип болезни Боровского, ашхабадка) характеризуется длительным инкубационным периодом (3-8 мес). На месте внедрения возбудителя образуется небольшой красновато-бурый бугорок (2-3 мм в диаметре), который медленно увеличивается, через 3-6 мес покрывается чешуйчатой корочкой. Примерно через 5-10 месяцев, в среднем через 6 месяцев, начинается изъязвление. Дно язвы может быть розовым, слегка зернистым. Иногда оно покрывается желтоватыми участками некроза. Отделяемое серозное, с небольшой примесью гноя. Форма язвы иногда овальная или круглая, но чаще неправильная, фестончатая. Язва относительно неглубокая. Расположена она всегда на мощном инфильтрате, который окружает язву в виде валика темно-красного цвета. Мощный валлообразный, умеренно плотный, а чаще тестоватый инфильтрат вокруг язвы весьма характерен для данного заболевания. Отсутствует склонность к проникновению в подкожную клетчатку. Лейшманиома и язва продолжают увеличиваться 8-10 и более месяцев, достигая размеров 2-5 см и редко более. Продержавшись 2-3 месяца, язва начинает рубцеваться. Эпителизация может идти с периферии или из центра язвы. Все заболевание, от начала бугорка до эпителизации язвы, тянется обычно около года, откуда происходит народное название годовик. Наряду с резко ограниченными более или менее выступающими лейшманиомами встречаются более плоские диффузные инфильтраты, которые в дальнейшем разрешаются, оставляя лишь поверхностные рубцовые изменения. Зоонозный кожный лейшманиоз (сельский тип, пендинская язва, остро некротизирующий кожный лейшманиоз) встречается в сельских местностях, на окраинах городов. Инкубационный период при этом весьма короткий, от 1 недели до 2 месяцев, в связи с чем эта форма имеет выраженный сезонный характер, возникая только в теплый период – с мая по октябрь. Заболевание начинается плоскими бугорками или фурункулоподобными инфильтратами ярко-красного цвета, которые быстро растут и через 1-2 недели изъязвляются, начиная с центра. Образуются язвы с обрывистыми краями и некротическим грязно-желтоватым дном. Язвы имеют большей частью неправильную

фестончатую форму. Вокруг исходных лейшманиом часто высыпают добавочные вторичные «бугорки обсеменения», которые в свою очередь распадаются и сливаются с основной язвой, увеличивая ее размеры и фестончатость края. Лейшманиомы сельского типа увеличиваются в размерах 2-3 месяца, достигая 4-6 см, а иногда и более. Через 2-4 месяца от начала заболевания картина процесса начинает изменяться. Дно язвы понемногу очищается от некротических масс и становится пестрым от чередования белесоватых или желтоватых участков некроза и красных сосочков разрастающихся грануляций. Дно язвы становится зернистым и начинает напоминать рыбью икру. Иногда образуются настоящие вегетации и бородавчатые разрастания. Появление подобных зернистых грануляций и вегетаций говорит о скором заживлении язвы. Через 2-3 недели после этого наступает эпителизация язвы, часто начинающаяся с центра язвы. Наоборот, по краю язвы может сохраняться язвенная полоска в виде ровика («краевой ров»), который эпителизуется позднее. Все течение сельского кожного лейшманиоза занимает от 2-3 до 5-6 месяцев. Число лейшманиом зависит от числа укусов зараженных mosquitos. При городском кожном лейшманиозе обычно наблюдается 1-5 лейшманиом и лишь изредка – 20-30 и более. При сельском типе число лейшманиом составляет 10-15, а у отдельных больных оно достигает 100-200-250. Особенно сильно поражаются открытые части тела: лицо, верхние и нижние конечности. Так как в условиях жаркого климата население ночью не укрывается, то возможны и лейшманиомы закрытых участков тела. Возможна необычная локализация: на коже волосистой части головы у бритых, на ладони у детей, на половом члене. Нередко отмечается групповое расположение лейшманиом. Это объясняется тем, что mosquitosу свойственны множественные укусы: один mosquit, перепрыгивая с одного участка на другой, может укусить 10-15 раз. По ходу лимфатических путей нередко наблюдается узловатый лимфангоит. Возможно несколько клинических разновидностей подобного лимфангоита: одиночные узлы, множественные узлы, четковидный лимфангоит, шнуровой, сетчатый, краевой (около края лейшманиомы), смешанный. Узлы лимфангоита могут изъязвляться, но нередко они не изъязвляются и даже не дают видимых воспалительных явлений. При этом по ходу лимфатических сосудов прощупываются узлы или шнуровидное уплотнение без видимой красноты. Лимфангоит при сельском типе развивается гораздо чаще, чем при городском. Возможны разнообразные осложнения кожного лейшманиоза в виде рожи, абсцесса, флегмоны, лимфоррагии и других патологических процессов. Туберкулоидный лейшманиоз. В 1932г. И.И. Гительзон описал особую форму кожного лейшманиоза, которому он дал сначала название

«металейшманиоз», а позднее – туберкулоидный лейшманиоз. Речь идет о настоящем лейшманиозе, только не закончившемся в обычный срок, а перешедшем в затяжную форму в результате особого аллергического состояния организма, проявляющегося, в частности, в резко повышенной общей и местной реакции на введение лейшманийной вакцины. Эта форма характеризуется тем, что после окончания рубцевания лейшманиомы вокруг рубца появляются мелкие бугорки, мало склонные к изъязвлению, желтовато-бурого цвета, иногда с небольшим красноватым оттенком. При диаскопии они дают выраженный феномен яблочного желе. Сформировавшись, бугорки долгое время мало изменяются. Однако они могут расти, увеличиваться в количестве и иногда изъязвляться. Туберкулоидный лейшманиоз наблюдается у 3-7% всех больных кожным лейшманиозом. Заболевание держится весьма долго – до 10-20 лет и более. Чаще оно развивается в детском и юношеском возрасте. Стойкий иммунитет к кожному лейшманиозу у человека возникает только в результате естественного заболевания. Чтобы приобрести невосприимчивость человек должен переболеть кожным лейшманиозом. Иммунизация убитыми лептомонадами стойкого иммунитета не вызывает.

3.3 ДИАГНОСТИКА

Для диагноза имеют значение указание на пребывание в эндемичных по лейшманиозу местностях в последние 1—2 года, характерные клинические симптомы. Решающее значение имеет обнаружение лейшманий бактериоскопическими и бактериологическими методами. При получении материала для данных исследований следует делать соскоб из края нераспавшегося инфильтрата, избегая примеси крови. При окраске по Романовскому-Гимзе цитоплазма окрашивается в голубой, а ядро в красный или красно-фиолетовый цвет. В культурах лейшманий дают жгутиковые формы. Паразиты также могут быть обнаружены при патогистологическом исследовании. В последние годы практическое применение в диагностике лейшманиоза получили кожные и серологические реакции. Полимеразная цепная реакция может использоваться для разграничения различных видов *Leishmania*. Типичная клиника, подтвержденная анамнестическими и эпидемиологическими данными, а также данными лабораторного нахождения лейшманий дает возможность быстро и правильно поставить диагноз.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Кожный лейшманиоз может имитировать многие заболевания, с которыми его приходится дифференцировать. Туберкулоидный кожный лейшманиоз может весьма напоминать плоскую туберкулезную волчанку, но для

лейшманиоза типично возникновение бугорков после четко различающихся предшествовавших стадий инфильтрации, язвы и рубца. Имеют также диагностическое значение туберкулиновые пробы. Красная волчанка отличается от лейшманиоза общим течением, наличием гиперкератоза, гиперестезией очага при поскабливании, обычно меньшей инфильтрации, наличием рубцевидной атрофии и отсутствием изъязвления, повышенной “биодозой” при облучении ультрафиолетовыми лучами. Бугорковый сифилид отличается от туберкулоидного лейшманиоза более плотными бугорками, отсутствием феномена “яблочного желе”, наличием других явлений сифилиса, в частности, положительными серологическими реакциями на сифилис. При дифференциальной диагностике с пиодермитами (импетиго, эктима, рупия, фурункул, карбункул) имеют значение более медленный рост лейшманиомы, более позднее изъязвление, а также наличие мощного тестоватого инфильтрата вокруг изъязвления. Мягкий и твердый шанкр может быть заподозрен при наличии лейшманий на половом органе. Точная диагностика основывается на обнаружении возбудителя. Кожный лейшманиоз может имитировать гумму, кожный рак, узловатую эритему, тромбоз флебита, лимфангоит другого происхождения, глубокие микозы. При диагностике имеют значение частая множественность лейшманиом, их типичное циклическое течение со сменой стадий заболевания в более или менее определенные сроки, мощный поверхностно расположенный тестоватый инфильтрат.

ЛЕЧЕНИЕ

Пациенты с очагами на лице или в других косметически важных зонах должны получать лечение с целью уменьшения размера рубца. Наиболее успешной терапией является внутриочаговое введение лекарств. При очень обширных очагах рекомендуется системная химиотерапия. Неосложненные очаги не следует лечить агрессивно. Обычно достаточно эксцизии, криохирургии и местной терапии. Местно применяют мономициновую мазь, 5-10% проторголовую, 1% риванолевою, 5% борную мази. Их целесообразно назначать с примочками из водных растворов фурацилина, риванола, а также с растворами анилиновых красителей и присыпками 10% дерматол, 3-5% мономицина. Для лечения кожного лейшманиоза применяются антибиотики (рифампицин, мономицин).

ПРОГНОЗ

Прогноз при современных методах лечения кожного лейшманиоза для жизни благоприятный. Рубцевание язв при кожных формах может длиться в

зависимости от типа болезни от нескольких месяцев до 1—2 лет. Общее самочувствие больных при этих формах существенно не страдает.

ПРОФИЛАКТИКА

Важными мероприятиями по борьбе с лейшманиозом в эндемических регионах являются санитарное просвещение населения, контроль и устранение резервуара инфекции, носителей и переносчиков заболевания, а также раннее лечение больных.

Список литературы

1. Паразитарные дерматозы у взрослых и детей: учеб. пособие / Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2017. – 71 с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 320 с.
3. Клиническая дерматовенерология: нац. рук. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1024 с. 3.