

ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого» Министерства Здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им. проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Кафедрой

д.м.н., проф.

Карачева Ю.В.



РЕФЕРАТ

Лепра

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Яновская Я.А.

Проверила:

д.м.н., проф.

Карачева Ю.В.

Красноярск, 2019

Оглавление

Введение.....	3
Эпидемиология.....	3
Этиология.....	4
Патогенез.....	5
Заключение.....	6
Список литературы.....	7

Введение.

Лепра — это хроническая инфекционная болезнь, вызываемая *Mycobacterium leprae*, кислотоустойчивой палочковидной бациллой. Болезнь поражает, в основном, кожу, периферические нервы, слизистую оболочку верхних дыхательных путей и глаза. Лепра излечима, и лечение, проведенное на ранних стадиях болезни, позволяет предотвратить инвалидность.

Эпидемиология.

Распространенность лепры в мире стабильно снижается из года в год. Согласно данным ВОЗ, количество новых случаев, каждый год выявляемых во всем мире, уменьшилось с 763 000 в 2001 г. до 249 000 в 2008 г. В 2013 г. было выявлено 215 656 новых случаев заболевания, в 2014 г. — 213 899, в 2015 г. — 211 973.

Глобальная статистика свидетельствует о том, что 96% (203 600 человек) новых случаев заражения лепрой были выявлены в 22 государствах (таких как Индия, Бразилия, Ангола, Конго, Судан, Эфиопия и др.). На долю других стран приходится оставшиеся 4%.

Одной из шести стран мира с наиболее высокой распространенностью лепры является Бразилия, где ежегодно диагностируется более 30 000 новых случаев заболевания. В 2014 г. распространенность лепры в Бразилии составила 1,27 случая на 10 000 жителей. Уровень распространенности дерматоза по стране неравномерен: помимо эндемичных по лепре регионов существуют и такие, в которых отмечается низкий уровень распространенности лепры.

Значимую роль в распространении заболевания играет миграция населения. В Европе большинство случаев лепры регистрируются у беженцев из других государств. Так, из 168 случаев заболевания лепрой, зарегистрированных в 2013 г. в Испании, 40 (24,6%) больных выявлены среди коренных жителей Испании, 128 (76,2%) — среди проживающих в стране мигрантов, главным образом из Бразилии, Парагвая и Боливии. В Италии количество больных лепрой среди коренного населения в период с 1990 по 2009 г. составило 12 человек, среди мигрантов — 159 больных. Во Франции в 2009 и 2010 гг. выявлено 39 новых случаев болезни, из них 7 (18%) наблюдались у пациентов французского происхождения. В Дании в период с 1980 по 2010 г. выявлено 15 случаев болезни, из них 87% являлись мигрантами из Южной и Юго-Восточной Азии.

В России эндемичным регионом по лепре является Астраханская область. За последние десятилетия больные лепрой были выявлены и в других субъектах Российской Федерации: в Сибири, на Северном Кавказе и Дальнем Востоке. Однако стоит отметить, что, благодаря внедрению в практику целого комплекса противолепрозных мероприятий, заболеваемость лепрой в России

носит устойчивый спорадический характер. В 2015 г. на учете состояло 240 больных, из них в Астраханской области — 135.

Этиология.

M. leprae по морфологическим и тинкториальным свойствам сходен с микобактериями туберкулеза. *M. leprae* имеет форму палочек, прямых или слегка изогнутых с закругленными концами, размер 0,2-0,5×1-7 мкм. Иногда в теле бактерий отмечается мелкая зернистость. Описаны ветвящиеся, сегментированные, кокковидные, нитевидные и булабовидные формы. В мазках располагаются *внутриклеточно* параллельными рядами в виде «пачек сигарет». Скопления этих групп образуют, так называемые, «лепрозные шары» (до 200-300 бактериальных клеток в скоплении). Жгутиков не имеют, спор не образуют, имеют микрокапсулу. По химическому составу сходны с *M. tuberculosis* – клеточная стенка 3-х слойная, содержит много жироподобных веществ: фосфатиды, воски (лепрозин) и жирные кислоты (миколовую и лепрозиновую). Кислото- и спиртоустойчивы. Грамположительные. По методу Циля-Нильсена окрашиваются в красный цвет. Делящиеся особи имеют поперечную, не окрашивающуюся полосу.

Культуральные свойства.

Строгие аэробы, оптимальная температура – 30-35⁰С (поражает, в основном, охлажденные участки организма – кожу). *M. leprae* – *облигатный внутриклеточный паразит* тканевых макрофагов, поэтому на питательных средах не растет, культивируется на животных (заболевание воспроизводится на *девятипоясных броненосцах*, а также используется экспериментальная модель – *заражение белых тимусэктомизированных мышей в подушечки лап* (метод Шепарда) с последующим развитием гранулем). К настоящему времени установлена возможность естественного инфицирования броненосцев и обезьян мангобеев. Однако по некоторым литературным данным, *M. leprae* выращивают на глицериново-картофельном и кровяном агарах, яичных средах, среде Вассермана – рост наблюдается через 6-8 недель (период генерации – от 12 до 20-30 дней) в виде сухого морщинистого налета.

Биохимические свойства.

Утилизируют глицерин и глюкозу. Выделяют ферменты – пероксидазу, цитохромоксидазу, щелочную фосфатазу и *специфический* – О-дифенолоксидазу (ДОФА-оксидаза), отсутствующий у других микобактерий.

Антигенная структура.

- Полисахаридные АГ – термостабильные, групповые для микобактерий;
- Белковые АГ – термолабильные, видоспецифические;
- Гликолипиды – видоспецифические.
- Имеют перекрестнореагирующие антигены с антигенами людей 0 (I) группы крови Rh-.

-

Факторы патогенности.

- Высокое содержание липидов;
- Облигатное внутриклеточное паразитирование.

Патогенез.

Источник инфекции – больной человек. От больного бактерии выделяются через кожу, при кашле, чихании, даже при разговоре. Есть сообщения о выделении возбудителя с семенной жидкостью, фекалиями, мочой, слезами.

Для лепры характерен длительный *инкубационный период* – 3-5 и даже до 20-30 лет, поэтому из памяти больного исчезают события, с которыми они могли бы связать заражение.

Механизм и пути передачи инфекции до конца не выяснены из-за трудности их изучения. Считается, что заражение происходит при непосредственных длительных и тесных бытовых контактах (прямых и непрямых), а также воздушно-капельным путем. Старые авторы называют проказу болезнью домашнего сожительства. Доказана возможность внутриутробного заражения, но дети, отделенные от больных родителей после рождения, не болеют. Существует предположение, что в распространении лепры могут играть роль кровососущие насекомые (блохи, вши, клопы, комары).

Входные ворота: полагают, что возбудитель попадает в организм человека через нарушенные кожные и слизистые покровы.

Ведущая роль в распространении принадлежит социально-экономическим факторам – неблагоприятным бытовым и жилищным условиям: скученность, низкая санитарная культура, низкий жизненный уровень.

Лица, контактирующие с больными, не опасны для окружающих.

M. leprae проникает в нервные окончания, а оттуда в лимфатические и кровеносные капилляры, не вызывая видимых поражений в месте внедрения.

В большинстве случаев возбудитель погибает и элиминируется, или болезнь протекает латентно, не проявляясь в течение всей жизни. Проявление заболевания прямо зависит от состояния факторов резистентности. При небольших отклонениях развивается абортивная инфекция в виде ограниченных гранулематозных высыпаний (иногда могут самопроизвольно исчезать).

Заключение.

Таким образом, не смотря на снижение распространенности лепры, представляется актуальным усиление контроля за обязательным обследованием на лепру прибывающих в страну иностранных граждан.

Список литературы.

1. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Г. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. М. 1999.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В. Дерматовенерология: учебник для медицинских вузов. 2008.
3. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. 2006.
4. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни. Национальное руководство. М. 2009.
5. Лепра. Доклад ВОЗ 22 янв. 2010 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_41-..