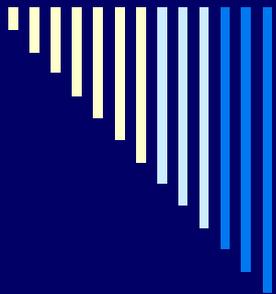


# лепра

Запорожье, 2016

**Лепра (Lepra) – системное  
хроническое инфекционное  
заболевание с  
неопределенно длительным  
инкубационным периодом и  
преимущественным  
поражением кожи,  
слизистых оболочек,  
периферической нервной  
системы**



---

**Мусобактериум Иеррае,  
возбудитель  
заболевания, был открыт  
и описан в 1871 г. Г.А.  
Ганзеном**

---

# Особенности Mycobacterium leprae:

- спирто-, кислотоустойчивые;
- располагаются в форме пучков (сигарных пачек);
- форма прямых или слегка изогнутых палочек;
- окружены неокрашивающейся, желатиноподобной оболочкой;
- не имеет капсулы, не образует спор;



- 
- в теле бацилл определяется мелкая зернистость;
  - окрашиваются карболфуксином по Цилю и др. основными красителями;
  - грамположительны;
  - на искусственных питательных средах не растут;
  - экспериментальное заражение животных не удается;
  - имеет ряд разновидностей – зернистую, фильтрующуюся

## ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ:

**Длительный прямой контакт,  
когда происходит  
сенсibilизация организма  
путем повторных  
инокуляций.**

Бациллы лепры выделяются из  
организма через кожу  
(распавшиеся лепромы), через  
слизистые оболочки

- Источник инфекции – больной человек
- Степень контагиозности лепры **НЕВЫСОКА** (существует естественная резистентность по отношению к лепрозной инфекции)
- Резистентность организма ослабляют: неполноценное питание, алкоголизм, наркомания, физическое переутомление, общие заболевания
- Способствуют заражению –

# Микобактерии лепры обнаруживаются:

- В носовой слизи
- В отделяемом слизистых оболочек глотки, гортани
- В слюне
- В мокроте
- В слезах
- В моче
- В сперме
- В отделяемом уретры
- В грудном молоке

# Патогенез заболевания

1. Инфекция проникает через поврежденную кожу и слизистые оболочки
2. Бациллы Ганзена разносятся с током лимфы и через кровеносную систему по всему организму
3. Инкубационный период длительный (инфекция в латентном состоянии) – 3-5 лет, может удлиняться
4. В конце инкубации – продромальные явления – лихорадка, слабость, сонливость, анорексия, неврологические

# Классификация лепры (МКБ X пересмотра)

A30.0 Недифференцированная лепра

A30.1 Туберкулоидная лепра

A30.2 Пограничная туберкулоидная  
лепра

A30.3 Пограничная лепра

A30.4 Пограничная лепроматозная  
лепра

— A30.5 Лепроматозная лепра —

A30.8 Другие формы лепры

# Рабочая классификация лепры

- Лепроматозный тип (L)
- Туберкулоидный тип (Т)
- Недифференцированный тип (I)

## Стадии процесса

- Стационарная
- Регрессивная
- Остаточных явлений

# Гистологические критерии для определения типа лепры:

1. Клеточный состав гранулемы (наличие и соотношение гистиоцитов, эпителиоидных и пенистых клеток – клеток, содержащих микобактерии лепры)
2. Количество микобактерий лепры
3. Число и расположение лимфоцитов
4. Инфильтрация нервов
5. Инфильтрация субэпидермальной зоны



Лепроматозный

тип лепры

SFS

## **Кожные проявления:**

Лепромы

Пятна в виде эритемы, розеолезных ,  
эритематозно-пигментных

## **Гистопатология:**

Инфильтрат типа гранулем из лимфоцитов, плазматических, эпителиоидных, многочисленных вакуолизированных лепрозных клеток, в протоплазме которых обнаруживаются жирные кислоты и большое количество лепрозных бацилл; бациллы обнаруживаются в лимфатических щелях и в просвете капилляров

# Типичные признаки лепром:

- Красно-ржавый цвет
- Сальная поверхность
- Неравномерное залегание (в дерме и гиподерме)
- Выпадение волос (особенно бровей, усов, бороды)
- В пунктатах большое количество бацилл Хансена
- Постепенная потеря чувствительности:  
температурная                      болевая



**SFS**



SFS



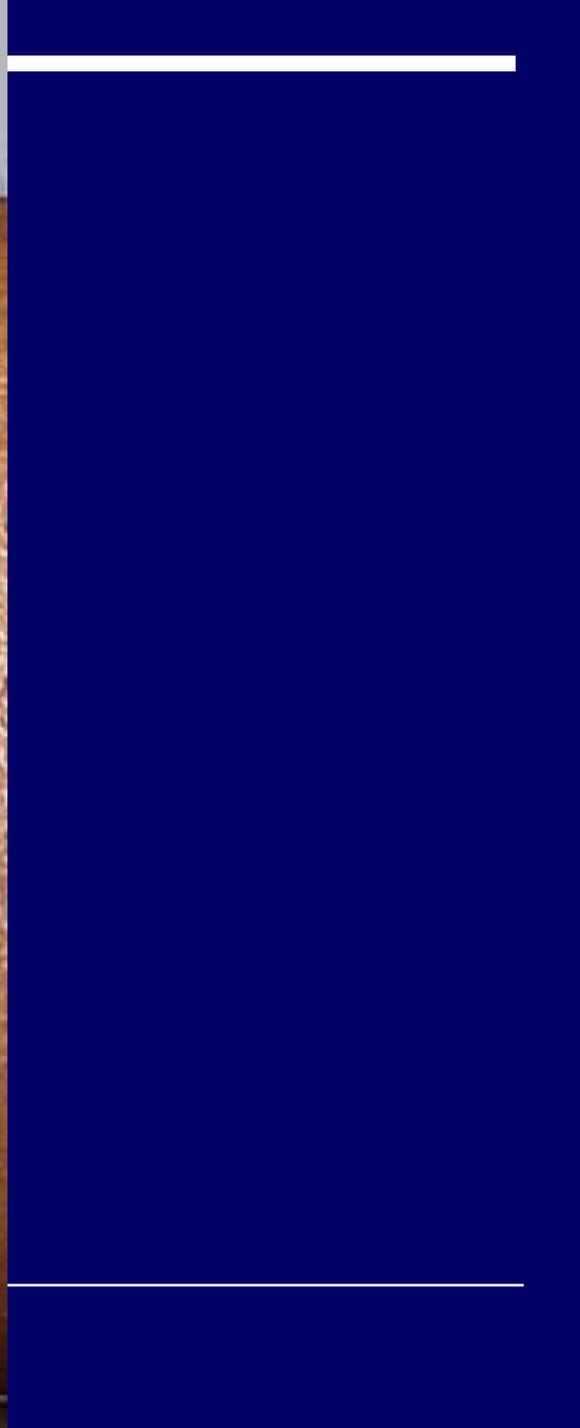
SFS

A close-up photograph of a patient's ear. The earlobe is significantly affected by a large, red, crusted, and ulcerated lesion. The lesion has a central area of yellowish-brown crusting and surrounding areas of redness and swelling. The patient's skin is dark brown, and there is some hair visible on the side of the head.

**SFS**



**SFS**





Facies leonina

Выпадение бровей,  
ресниц



**SFS**



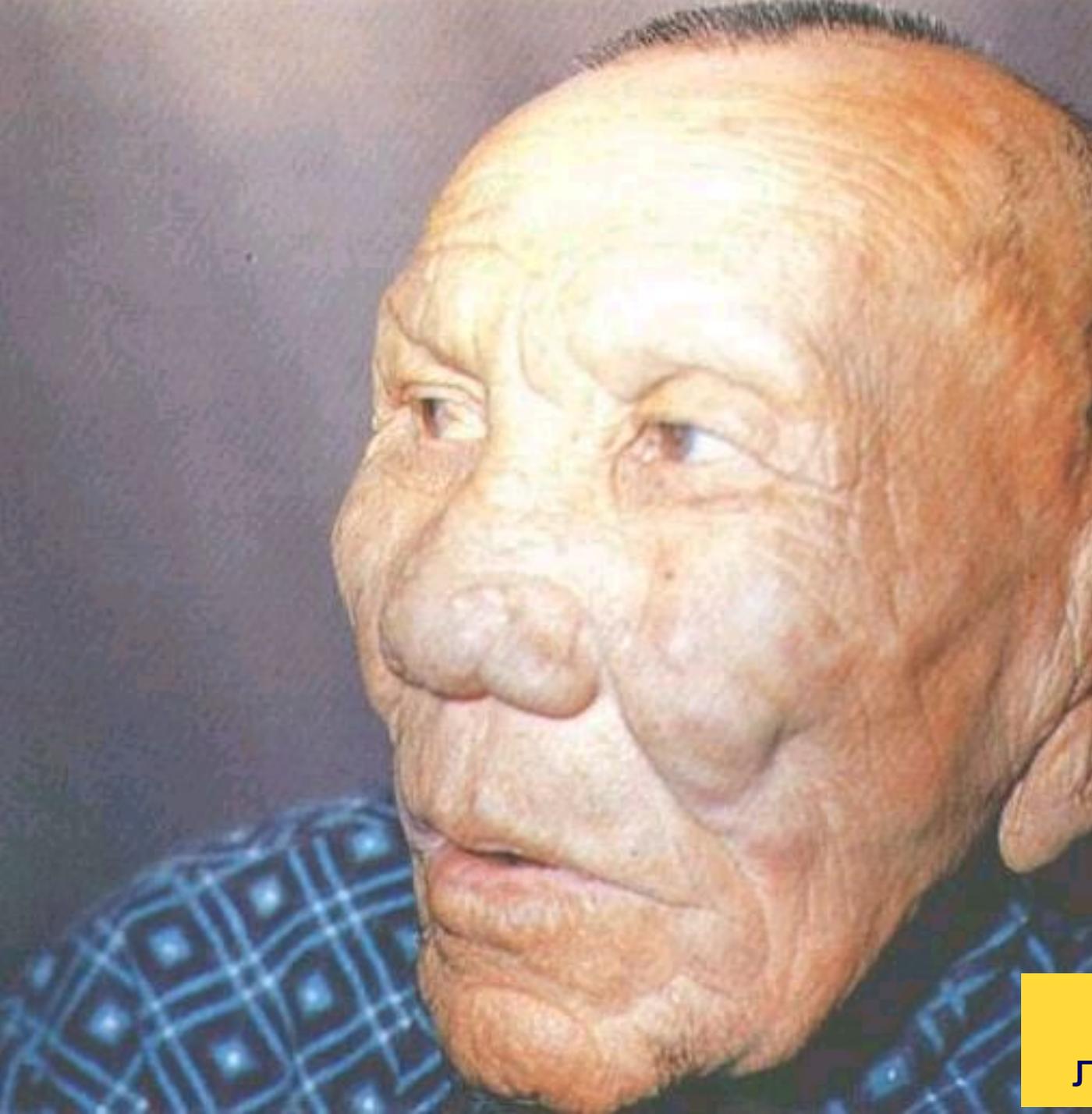
**SFS**

A close-up photograph of a human forearm, showing the skin's texture and a faint, illegible watermark. The skin is light brown and shows signs of aging, with some wrinkles and discoloration. The watermark is located in the lower-left corner of the image, appearing as a faint, stylized logo or text. The background is dark and out of focus.

**SFS**



Лепроматозн  
ый тип  
(стигмы  
лепрозные)



Лепра;  
леpromатозный



Лепроматозный тип лепры

*Facies leonina*, гиподермальные лепромы в толще мочек



Поражение глаз при  
лепре: конъюнктивит,  
ирит, эписклерит,  
кератит, слепота.

На снимке –  
Диффузная инфильт-  
рация кожи лица,  
отсутствие бровей и  
ресниц

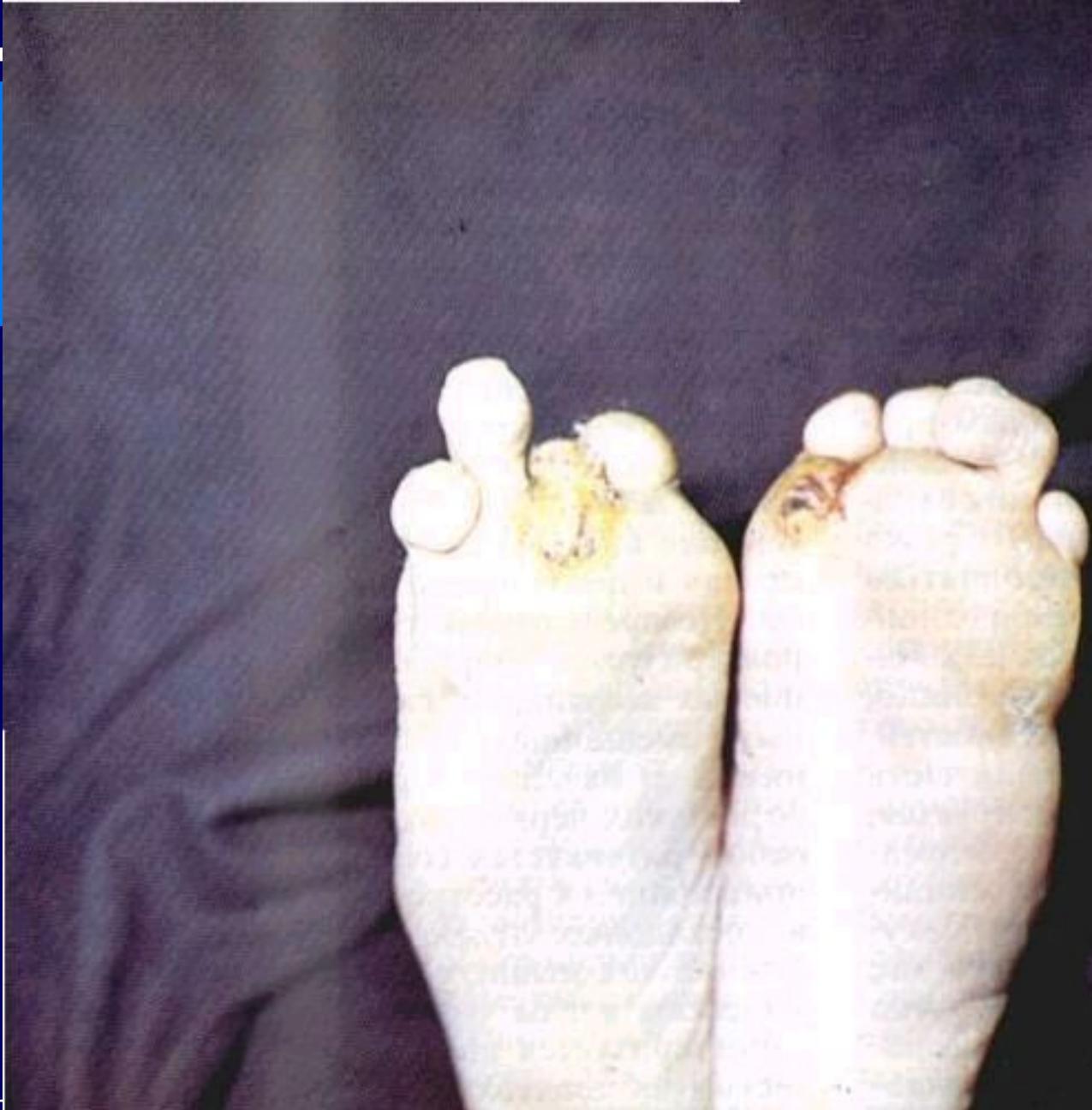
Западение спинки носа, неврит лицевого нерва,  
лейкомы обоих глаз как исход длительно  
существовавшего кератосклерита

---



---

Множественные



Лепра мутиляция

## Исход:

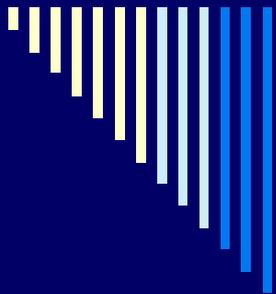
- Разрешение с пигментацией, рубцовой атрофией или с глубокими западениями в коже
- Распад с образованием кратерообразных язв, с сероватым дном и вязким отделяемым, в котором обнаруживаются бациллы
- Фиброзное превращение

---



## Гистология:

Дермальный и/или гиподермальный инфильтрат в виде гранулемы из лимфоцитов, плазматических, эпителиоидных, многочисленных вакуолизированных лепрозных клеток. В протоплазме последних обнаруживаются жирные кислоты и большое количество лепрозных бацилл. Бациллы обнаруживаются в лимфатических щелях и в просвете



# Пограничный тип лепры



**SFS**





**SFS**



**SFS**



**SFS**



**SFS**

Высыпание бугорков,  
напоминающих люпомы

**SFS**





**SFS**



**SFS**



SFS

**Туберкулоидный тип лепры**

- Поражается исключительно кожа и поражение носит поверхностный характер
- В зоне поражения отсутствует температурная, болевая и тактильная чувствительность, прекращается потоотделение
- Локализация – голени, бедра, лицо
- Бациллы Хансена в пораженных участках, как правило, не обнаруживаются

**Потеря чувствительности:**

**Гиперестезия, снижение и потеря температурной, болевой и тактильной чувствительности**



**SFS**



**SFS**

A close-up photograph of a person's arm, showing a large, raised, reddish-purple lesion. The lesion is irregular in shape and has a textured, almost scaly appearance. It is surrounded by a faint, lighter-colored halo. The skin on the arm is dark brown. The background is a plain, light-colored surface, possibly a white sheet or wall. The text 'SFS' is visible in the bottom left corner.

**SFS**



SFS



SFS



• На коже – пятна, бляшки (величина от монеты до ладони и более), иногда высыпают



**SFS**

Dr Delso B. Calheiros



**SFS**



**SFS**

Dr Rolando Hernández Pérez



SFS



SFS



**SFS**

Dr Delso B. Calheiros

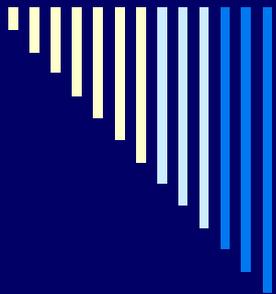


**SFS**

**Патогистология: в дерме воспалительный инфильтрат, состоящий из очагов эпителиоидных и гигантских клеток, окруженный зоной лимфоцитов или исключительно из эпителиоидных клеток. Бациллы Ханзена часто не обнаруживаются**



**SFS**



# Недифференцированная лепра

## Пятнисто-анестетическая форма

Поражение кожи с неврологической симптоматикой

- Скучная пятнистая сыпь различной величины
- Картина полиневрита с неврологической симптоматикой
- Нервные стволы утолщаются, болезненны, плотные
- В зоне иррадиации нарушается чувствительность, снижаются рефлексы, появляются двигательные, сосудистые, трофические расстройства, возникают параличи, амиотрофии, глубокие язвы и др.
- У детей протекает в виде узловатой эритемы.

Множественные сливающиеся  
гипопигментные пятна, бляшки с отчётливой  
инфильтрацией

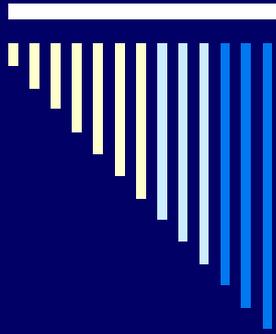


SFS

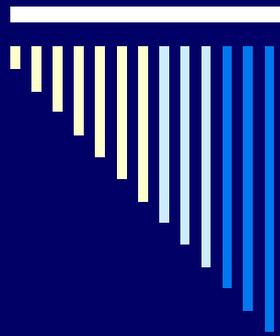
Недифференцированный тип

**SFS**

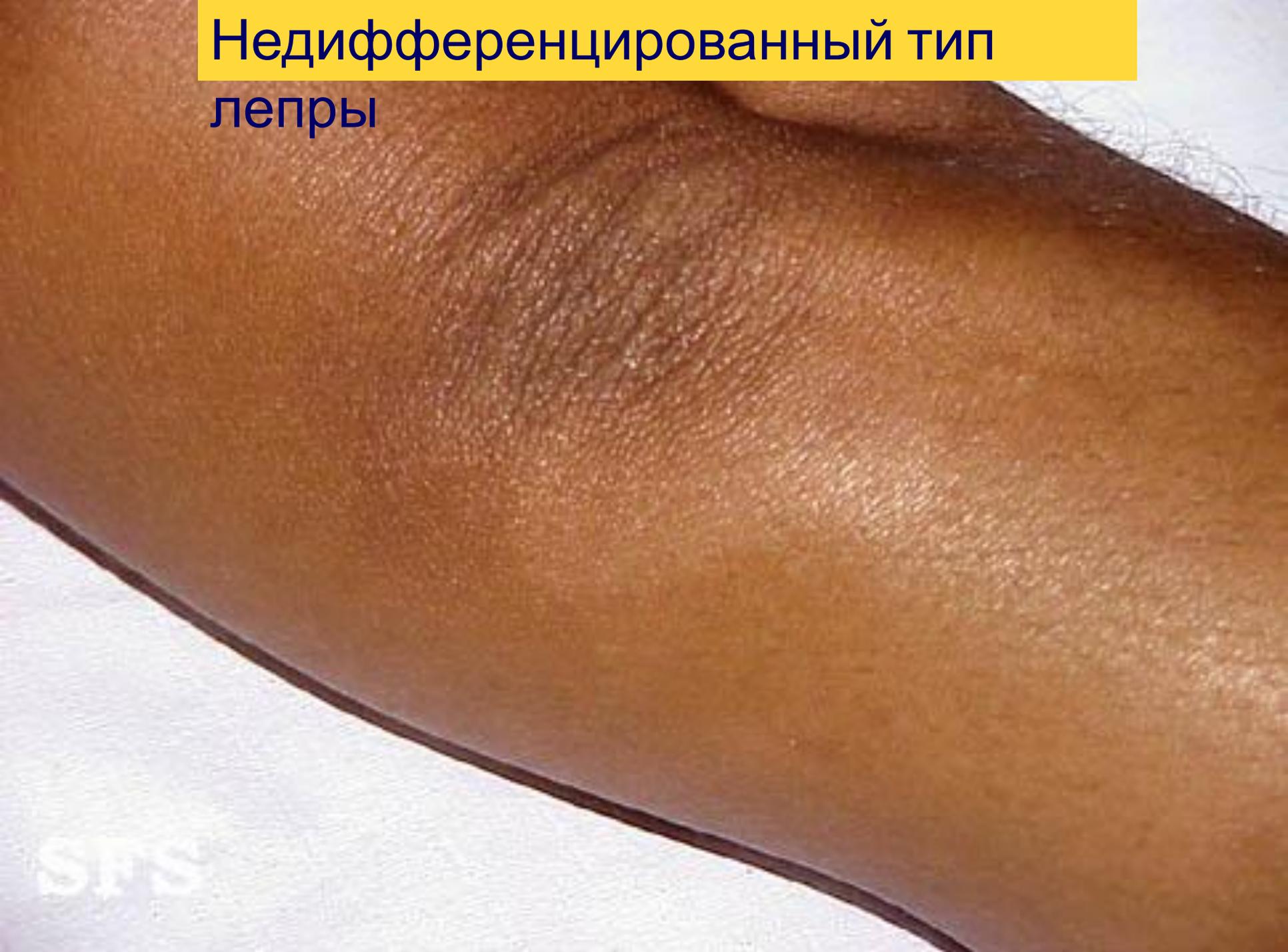








# Недифференцированный тип лепры



SMS

# Недифференцированный тип лепры



Деформация пальцев, изменения

# Лепроматозный неврит

SFS



# Лепроматозный неврит



SFS

Лепроматозный  
неврит



SFS

«Обезьянья лапа»

«Лапа тюленя»



Атрофия мышц кистей, контрактуры  
пальцев,

ПОСЛЕДСТВИЕ МУТЯЦИОЗИДА

«Лапа тюленя»



Мутилирующая лепра

# Лепроматозный неврит



**SFS**

# Лепроматозный неврит



SFS



Лепроматозный  
неврит с  
появлением  
трофических  
расстройств (язвы)

SFS





**Гистология:** периваскулярный инфильтрат, располагающийся в верхней части дермы. Он неспецифичен, состоит из лимфоцитов, в меньшем количестве из фибробластов и гистиоцитов. Гранулематозное строение отсутствует. Лепрозные микобактерии обнаруживаются в кожных поражениях редко, чаще в нервах.

**Лепроминовая проба** в зависимости от вида трансформации, будет либо отрицательной (злокачественный характер), либо положительной (формируется туберкулоидный тип)

# Диагностика лепры

- 👉 **характерные пятнистые, бугорково-узловатые высыпания буроватого цвета с сальным блеском;**
  - 👉 **выпадение волос;**
  - 👉 **нарушение чувствительности;**
  - 👉 **неврологические симптомы с утолщением, уплотнением нервных стволов, определяю-**
- щих **гобы бегерца**



👉 обнаружение лепрозных бактерий в тканевом соке, мазках со слизистой носа или в гистологических препаратах;

👉 обнаружение АТ – РСК, реакция преципитации;

👉 проба с никотиновой кислотой (в/в 1,01% раствор никотиновой кислоты;

под

ее воздействием пятнистые лепрозные элементы сыпи краснеют, отекают

через

1-3 минуты – симптом

«воспаменения»)

👉 патогномическая проба



# **: Клинико-функциональные тесты:**

- 1. Определение чувствительности  
кожи**
- 2. Оценка пилоmotorной реакции**
- 3. Оценка рефлекторного  
дермографизма**
- 4. Гистаминовая проба**
- 5. Проба Минора**
- 6. Никотиновая проба** (феномен воспламенения  
Павлова Н.Ф.)

# Лепроминовая проба

Лепромин – водный экстракт из подвергнутых кипячению лепром.  
Вводится лепромин интрадермально в дозе 0,1 мл в область сгибающей поверхности предплечья. На месте введения образуется «апельсиновая корка».  
Реакция может быть ранней – через 24-48 часов; поздней или замедленной - через 2-4 недели.

# Лепроминовая проба - может быть:

## **1. отрицательной**

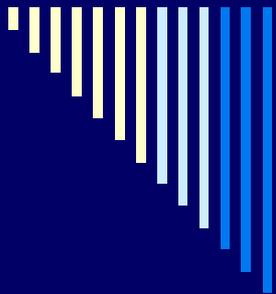
(если образующаяся отечная папула меньше 3 мм и исчезает к концу вторых суток)

## **2. слабо положительной**

(образуется инфильтрат от 3 до 5 мм с отечно-воспалительным ободком)

## **3. положительной**

(образуется эритематозно-отечная папула от 5 до 10 мм, сохраняющаяся 2-4 недели)



# *Лечение лепры*

---

**Лечение: комплексное,  
хроническим  
перемежающим методом**

**Основные  
противолепрозные  
препараты:**

- I. Сульфоновые – ддс,  
авлосульфон, сульфетрон,  
солюсульфон, димоцифон,  
диуцифон, лепросан, лампрен и др.**
- II. Сиба – 1906 (тиокарбонилд, ДТП)**
- III. Вифендилин**

## Патогенетическая терапия:

- Гепатопротекторы (легалон, эссенциале, трофопар, сирепар, карсил)
- Витаминотерапия (группа В)
- Препараты железа (при развившейся железодефицитной анемии) – ферроплекс, фербитол, феррум, дробные трансфузии
- Десенсибилизирующая терапия
- Детоксицирующая терапия
- ГКС
- Антибиотики широкого спектра действия
- Иммунопротекторы (тактивин, тимозин,

# Контроль лечения

1. Бактериоскопическое исследование – соскоб слизистой оболочки носа 1 раз в квартал.
2. После исчезновения возбудителя в слизистой носа исследуют тканевой кожный сок 1 раз в квартал
3. Перед выпиской на амбулаторное лечение – обязательное гистологическое исследование бывшего очага поражения
4. Лепроминовая проба – в начале лечения и через каждые 1- 2 года в

## Профилактика

1. На больного лепрой заводится «экстренное извещение» (ф.№58)
2. Все члены семьи обследуются не реже 1 раза в год
3. Новорожденного немедленно отделяют от больной матери и переводят на искусственное вскармливание
4. Более взрослые дети допускаются к учебе в общих школах при условии клинико-лабораторного обследования не реже 2 раза в год



---



**5. В местах, эндемичных по лепре, проводят массовые обследования населения**

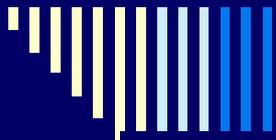
**6. Лицам, находящимся в контакте с больными лепрой проводят лепромино-вую пробу**

**7. В местности, где выявлен больной лепрой проводят массовые прививки БЦЖ**

**8. Члены семьи больного подвергаются превентивному лечению**

**9. Больным лепрой запрещено**



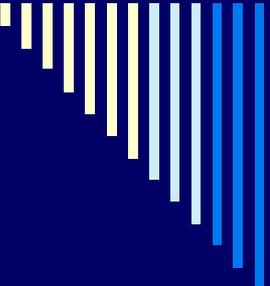


**9. Согласно международному соглашению, запрещен переезд больных лепрой из одной страны в другую**

**10. Лица, контактирующие с больными лепрой должны особенно тщательно**

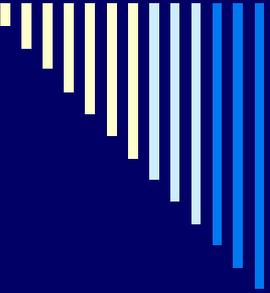
---

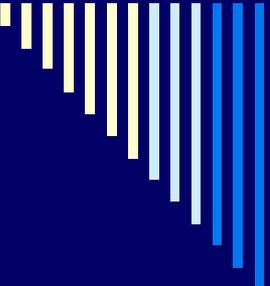
**соблюдать элементарные санитарно-**



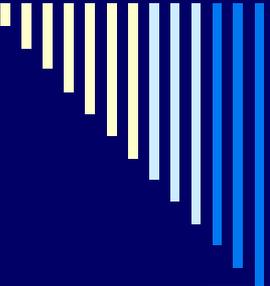
□ Использованная литература:

- 1.Дерматовенерология. Под редакцией В.П. Федотова и др.,Дн-ск,2011,стр.652
- 2.Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов Г.С. Цераидис, В.П.Федотов, А.Д.Дюдюн,В.А.Туманский, Запорожье-Харьков,2004,стр.536
- 3.Д.Е.Фитцпатрик, Д.Л.Элинг, 1999
- 4.Рук-во по кожным и вен. болезням под ред. Ю.К.Скрипкина (т.2, ), 1995
- 5.Дерматологія. Венерологія.За ред. В.І. Степаненка,Київ,2012,стр.846

- 
- 6. Дерматовенерология. За ред. М. О. Дудченко. Полтава, 2011, стр. 319
  - 7. В. Савчак, С. Галникіна Хвороби шкіри. ХПСШ, Тернопіль, 2001, стр. 506
  - 8. Носатенко В. Е, Гуцу Н. В Цветной атлас кожных болезней. Харьков, 2002, стр. 431
  - 9. П. П. Рыжко, Я. Ф. Кутасевич, В. М. Воронцов Атлас кожных и венерических болезней. Харьков, 2008, стр. 206
  - 10. В. Г. Радионов Энциклопедический словарь дерматовенеролога. Луганск, 2009, стр. 616
  - 11. Skin Disease. Diagnosis and Treatment. Thomas P. Habif. New York. 2005, s. 662
-

- 
- 12.Dermatologie  
E.G.Jung,I.Moll.Thieme,2003,s.506
  - 13.Diseases of the  
skin.Andrews.London,2000,p.1135
  - 14.Dermatology A.B.Fleischer a.al.  
New York,2000,p.303
  - 15.Запалення шкіри Бочаров В.А.та ін.  
Запоріжжя,2011,стр.280
-

---



*Благодарим*

*за внимание !*

---