

Лейшманиозы

Выполнили:

Студентки 6 крса, 25 группы
Газизова Алина и Гасанли Сария

Лейшманиозы (лат. Leishmaniasis)

- группа паразитарных природно-очаговых, зоонозных и зооантропонозных, трансмиссивных заболеваний, протекающих с поражением кожи, слизистых оболочек и внутренних органов; распространены в тропических и субтропических странах; вызываются паразитирующими простейшими рода *Leishmania*, которые передаются человеку через укусы москитов.

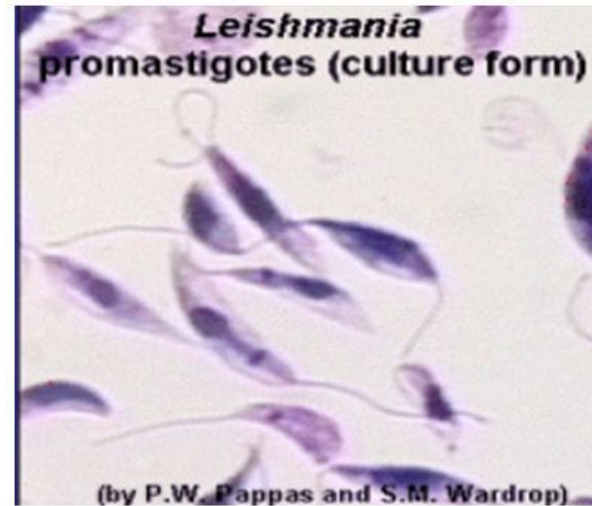
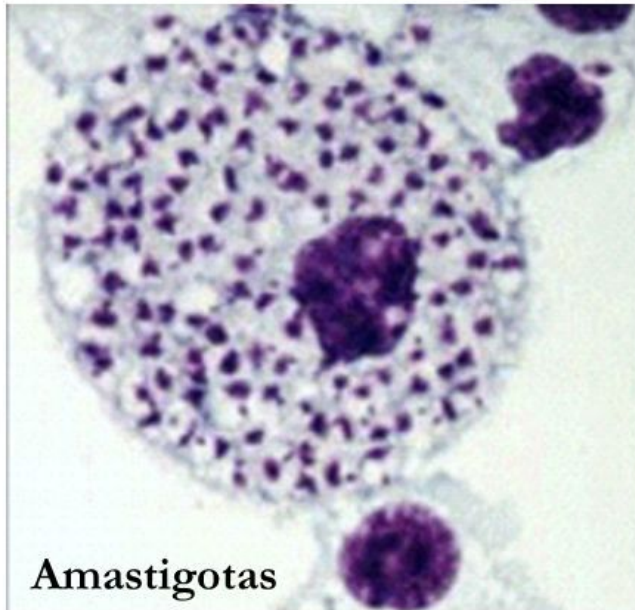
История

Пётр Фокич Боровский (1863
— 1932)

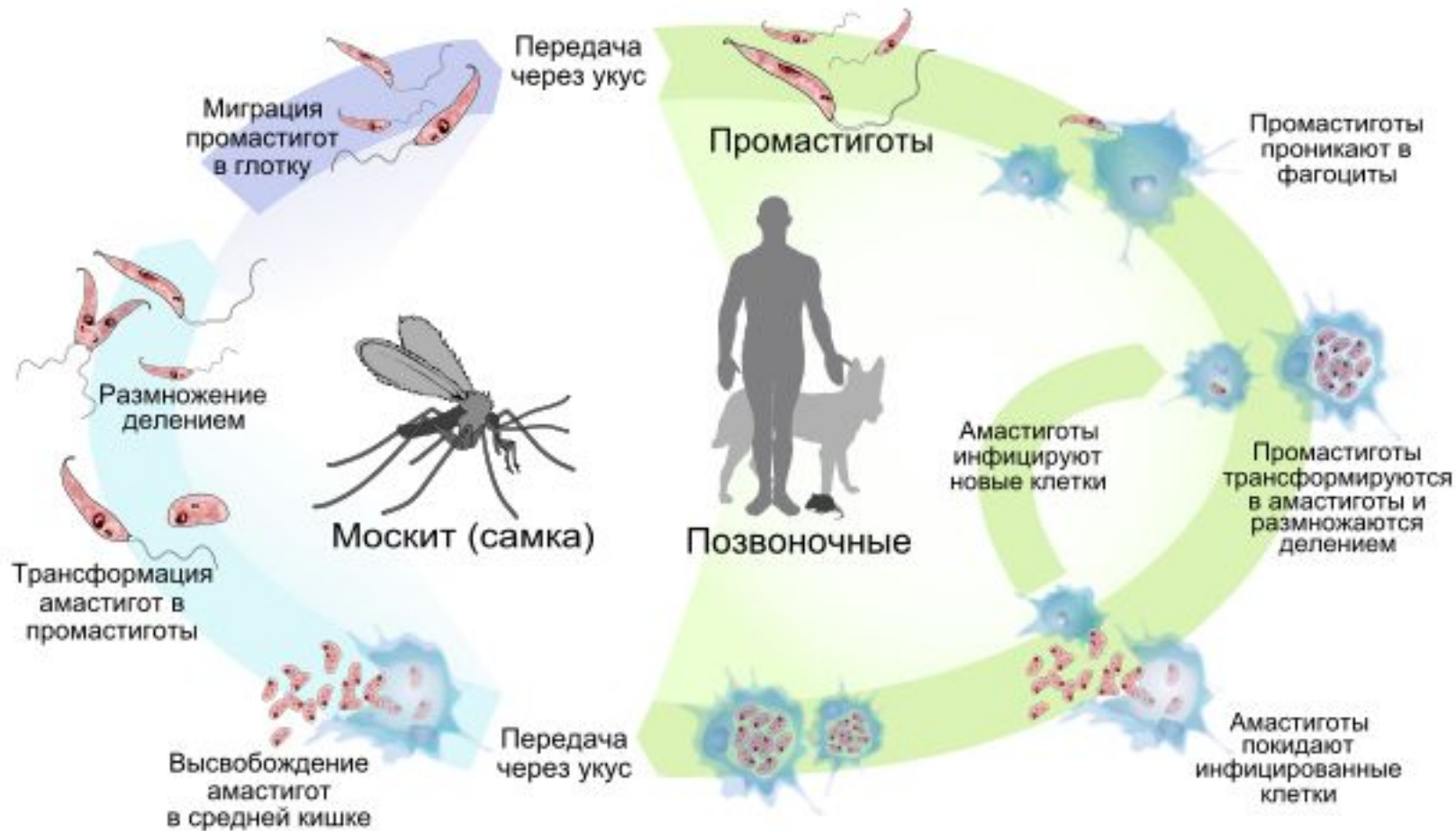
- Лейшмании были открыты в 1898г. Русским врачом П.Ф. Боровским(возбудитель кожного лейшманиоза) и в 1903г. У. Лейшманом и Ш. Донованом(возбудитель висцерального лейшманиоза). В настоящее время известно около 20 видов и подвидов лешманий.



Leishmania sp.



Promastigotas



Этиология

В зависимости от возбудителя возникает:

- Висцеральный лейшманиоз (кала-азар).
- Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского, пендинская язва).
- Кожно-слизистый американский лейшманиоз (эспундия).

В организме человека и млекопитающих животных лейшмании паразитируют внутри клеток кожи, слизистых оболочек, печени, селезенки, костного мозга, а в организме **москита — переносчика** инфекции — в кишечнике.

Эпидемиология

- Источником инфекции при кожном лейшманиозе городского типа является человек, собака; при кожном лейшманиозе сельского типа — большая и полуденная песчанки, тонкопалый суслик и др. При висцеральном лейшманиозе — больной человек, собака, дикие плотоядные.
- Механизм передачи-трансмиссивный. Переносчики инфекции — москиты родов *Phlebotomus* (Европа, Азия, Африка) и *Lutzomyia* (Южная Америка). Заболевания лейшманиозами распространены в странах Средиземноморья, Южной Азии и Южной Америки, в Закавказье и Средней Азии.



Москит - переносчик лейшманиоза

Кожный лейшманиоз старого света

Это заболевание вызывают 2 вида лейшманий: *L. tropica major* и *L. tropica minor*.

L. tropica вызывает антропонозную (городскую, хроническую, сухую) форму кожного лейшманиоза.

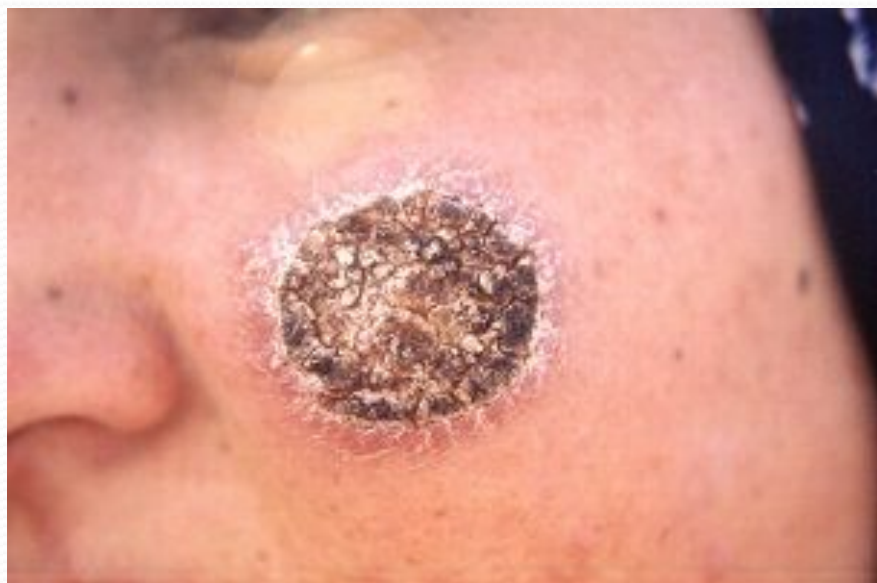
Распространено в районах Средиземноморья, Ближнего Востока, на юге СНГ и в Индии.

Основным резервуаром возбудителя является человек, в качестве синантропного хозяина могут служить домашние собаки.

Клиническая картина:

Инкубационный период от 2 до 24 мес. Развивающееся поражение кожи вначале имеет вид единичной, красного цвета, зудящей папулы на лице. Затем в центральной части папулы начинается изъязвление, которое медленно увеличивается к периферии и достигает размеров примерно до 2 см. Лимфаденопатии нет. Заживление язвы происходит в течение 1 — 2 лет, и на ее месте остается небольшой депигментированный рубец. Течение болезни может осложниться развитием рецидивирующего лейшманиоза, для которого характерны персистирующие поражения на лице с небольшим числом паразитов, и повышенной реакции замедленной гиперчувствительности к антигенам паразита. В редких случаях возбудители распространяются во внутренние органы.

Кожный лейшманиоз



ЗООНОЗНЫЙ КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ

- *L. major* вызывает зоонозную (сельскую, острую, влажную) форму кожного лейшманиоза, которая эндемична в пустынных районах Ближнего Востока, на юге России и в Африке. Резервуаром возбудителя являются норовые грызуны. Длительность инкубационного периода колеблется от 2 до 6 нед. Первичные очаги часто множественные, локализуются в области нижних конечностей. Характерно развитие регионарной лимфаденопатии. Заживление путем рубцевания происходит в течение 3 — 6 мес.

Лейшманиоз нового света

- Возбудители лейшманиоз нового света — *L. Mexicana*. Данная форма заболевания типична для влажных лесов Южной и Центральной Америки, где резервуаром болезни являются грызуны.
- Лейшманиоз бразильский кожно-слизистый
- Лейшманиоз Ута
- Лейшманиоз кожный диффузный

Диагностика

- Основывается на анализе клинико-эпидемиологических данных и результатах микроскопического исследования содержимого в соскобах из дна язвы или краевого инфильтрата, в котором обнаруживаются внутриклеточно и внеклеточно расположенные паразиты. Возможно использование биологической пробы.
- Дифференцировать кожный лейшманиоз приходится с лепрой, туберкулезом кожи, сифилисом, тропическими язвами.

Лечение

- В ранних стадиях может быть эффективным внутрикожное обкалывание лейшманиом
- раствором мепакрина (акрихина),
- мономицина,
- уротропина,
- берберина сульфата,
- использование мазей и примочек, содержащих указанные средства.

- На стадии язвы эффективно лечение
- мономицином (взрослым по 250 000 ЕД трижды в день, 10 000 000 ЕД на курс, детям – 4000–5000 ЕД на 1 кг массы тела 3 раза в день),
- аминохинолом (0,2 г трижды в день, на курс 11–12 г).

- Эффективно применение лазеротерапии, особенно в стадии бугорка после которой не образуются грубые рубцы.

- В тяжелых случаях применяют препараты 5-валентной сурьмы.

Профилактика

- Проводят комплекс мероприятий по борьбе с москитами и пустынными грызунами. Эффективна вакцинация не позднее чем за 3 мес до въезда в эндемичный район. Вакцина обеспечивает пожизненный иммунитет.

Висцеральный

лейшманиоз

- инфекционная протозойная болезнь, которая передается москитами, характеризуется хроническим течением, волнообразной лихорадкой, значительной гепатоспленомегалией, прогрессирующей анемией, кахексией.
- Возбудитель болезни - *Leishmania donovani infantum*



- ВЛ является высокоэндемическим в Индостане и Восточной Африке. По оценкам, в мире ежегодно происходит от 200 000 до 400 000 новых случаев заболевания ВЛ. Более 90% новых случаев заболевания происходит в шести странах: Бангладеш, Бразилии, Индии, Судане, Эфиопии и Южном Судане.
- Установлено, что около 70 видов животных, в том числе человек, являются естественными резервуарами паразитов *Leishmania*.

Классификация

- а) индийский (синонимы болезни: кала-азар, черная болезнь, лихорадка дум-дум),
- б) средиземноморско-среднеазиатский (синонимы болезни: детский кала-азар),
- в) восточноафриканских (синонимы болезни: восточноафриканских кала-азар).

Клиническая картина индийского и средиземноморского висцерального лейшманиоза сходна. Инкубационный период составляет от 20 дней до 10 - 12 мес. У детей первичный аффект (папула) возникает задолго до общих проявлений заболевания. В начальном периоде болезни отмечаются слабость, снижение аппетита, адинамия, небольшое увеличение селезенки. Период разгара болезни начинается с лихорадки, длительность которой колеблется от нескольких дней до нескольких месяцев. Подъемы температуры до 39 - 40 °С (сменяются ремиссиями).

Постоянными признаками висцерального лейшманиоза являются увеличение и уплотнение печени и селезенки, лимфатических узлов. В первые 3 - 6 мес болезни увеличение селезенки происходит быстрыми темпами, затем - медленнее. Пальпация печени, селезенки, лимфатических узлов безболезненная. Поражение костного мозга и гиперспленизм ведут к резкой анемии, о чем свидетельствует бледность кожного покрова, который иногда приобретает «фарфоровый», восковидный или землистый оттенок. Больные резко худеют, у них развиваются асцит, периферические отеки, понос. Характерны геморрагический синдром с кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки, кровотечения из носа, желудочно-кишечного тракта, некроз миндалин, слизистых оболочек рта, десен.

- Вследствие увеличения печени, селезенки и высокого стояния диафрагмы сердце смещается вправо, определяется постоянная тахикардия, АД снижается. Нередко развивается пневмония, вызванная вторичной флорой. В терминальном периоде болезни развивается кахексия, мышечный тонус резко снижается, кожа истончается, через брюшную стенку часто проступают контуры огромной селезенки и большой печени. В гемограмме - характерные признаки: резкое снижение количества эритроцитов, лейкоцитов (особенно нейтрофилов), эозинофилов, тромбоцитов. СОЭ резко увеличена (90 мм/ч).



Рис. 4. Кожный лейшманиоз



Рис. 3. Висцеральный лейшманиоз

Указаны границы увеличенной селезенки, нижняя граница увеличенной печени.



- Висцеральный лейшманиоз, как СПИД-ассоциированная инвазия, имеет одно важное, принципиальное отличие от остальных оппортунистических инвазий (инфекций), а именно: он неконтагиозен, т.е. не передается непосредственно от источника (животных, человека) инвазии к человеку. В странах Южной Европы в начале 90-х годов прошлого века 25-70% случаев висцерального лейшманиоза взрослых оказались связанными с ВИЧ-инфекцией, а 1,5-9% больных СПИДом страдали ВЛ. Из 692 учтенных случаев ко-инфекции около 60% приходилось на Испанию и почти по 20% на Италию и Францию. Подавляющее большинство случаев ко-инфекции (90%) приходилось на мужчин в возрасте 20-40 лет. В момент установления диагноза более чем у 90% больных число Т4 лимфоцитов было ниже 200 в ммЗ.

- Лечение проводят в основном препаратами 5-валентной сурьмы. Солюсурьмин вводят в/м или в /в в виде 5% или 20 % раствора, в первые 3 дня 1 /4 часть теоапевтической дозы (сут. доза 0,1 г /кг порошка, курсовая 1,4-1,6 г /кг) , с 4 дня- полную дозу. Курс лечения 1,5-3 недели. Применяется также глюкантим - глубоко в /м ежедневно по 60-100 мг /кг. Курс лечения 12-15 дней.

Прогноз

- Без специфического лечения 98-99% больной висцеральным лейшманиозом умирает от тяжелых осложнений и присоединившейся инфекции. Правильная диагностика и своевременное лечение висцерального лейшманиоза приводит к полному выздоровлению.

Висцерального лейшманиоза:

- Санация больных лейшманиозом собак, борьба с москитами, защита от нападения москитов, применение репеллентов.

