

Карагандинский государственный медицинский  
университет  
Кафедра инфекционных болезней

# Тема: Лейшманиозы.

Подготовила вр.интерн Хайруллина  
З.И.  
Гр.6-035

# План

- Определение
- Этиология
- Формы лейшманиозов
  - Висцеральный лейшманиоз
  - Кожный лейшманиоз
- Лечение
- Заключение
- Использованная литература

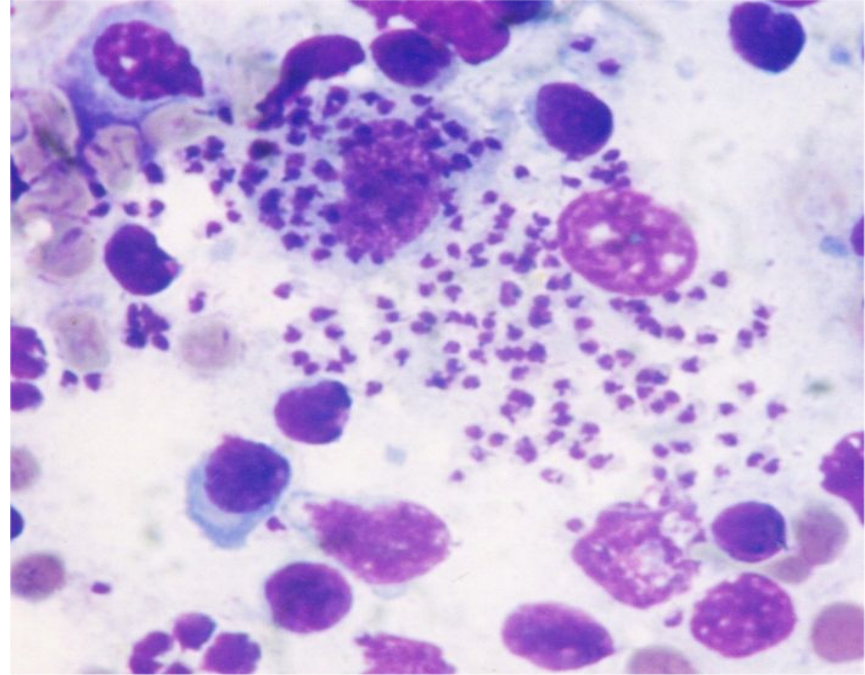
- ***Лейшманиозы*** (leishmanioses) – группа протозойных трансмиссивных заболеваний человека и животных, характеризующихся преимущественным поражением внутренних органов (висцеральный лейшманиоз) или кожи и слизистых оболочек (кожный лейшманиоз).

# Классификация

- Виды лейшманиом:
  - Висцеральный
  - Кожный
  - Кожно-слизистый
  - Диффузный кожный
- По географическому распространению
  - Нового света: кожный лейшманиоз нового света и кожно-слизистый бразильский лейшманиоз
  - Старого света: кожный лейшманиоз (антрапонозная городская форма и сельская зоонозная форма), висцеральный индийский лейшманиоз (кала-азар).

# Этиология

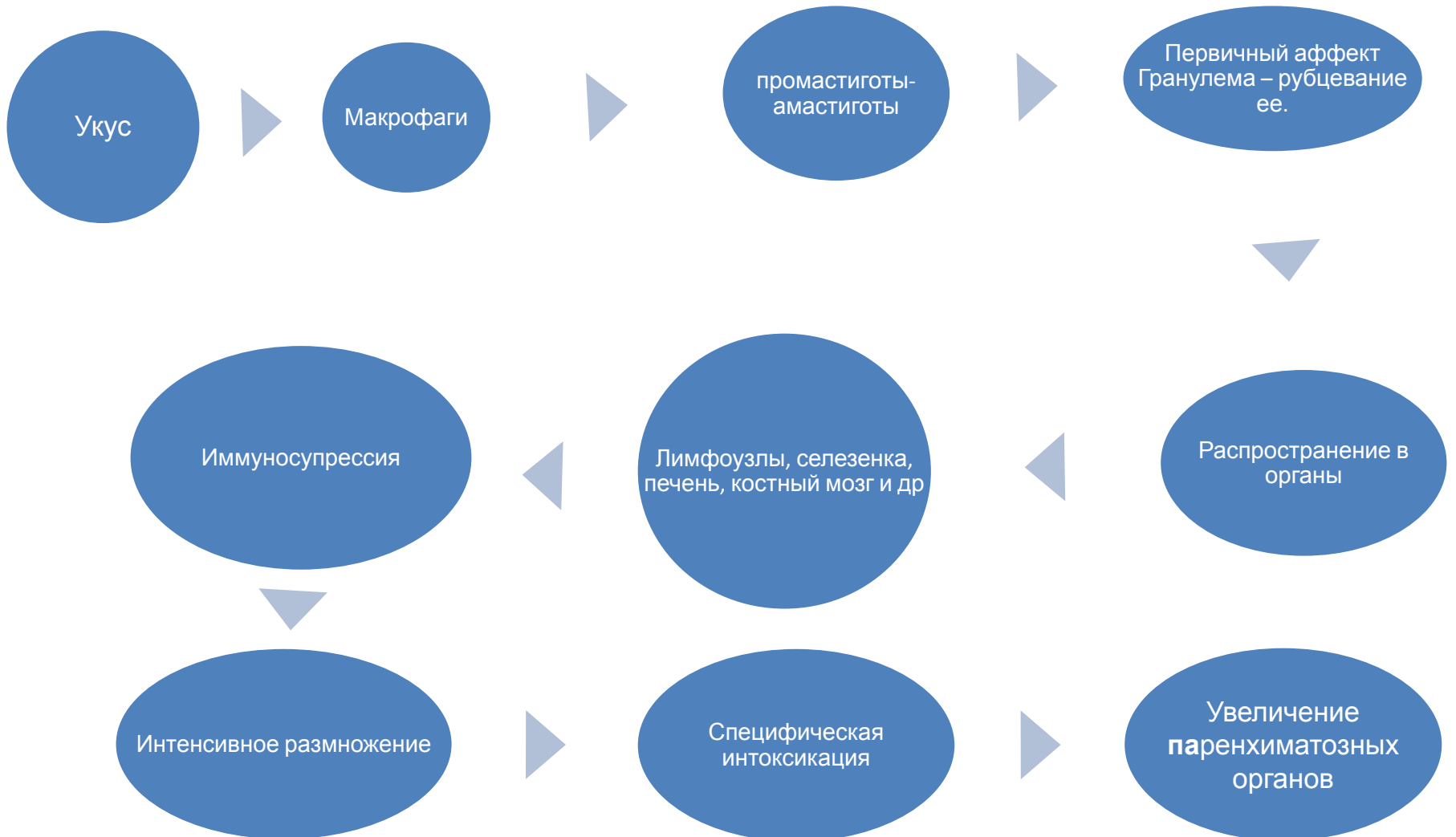
- Возбудители лейшманиозов относятся к роду *Leishmania*, семейству Trypanosomatidae, классу Zoomastigophorea, типу Protozoa.
- Наиболее значение в патологии человека играют следующие возбудители: *L.donovani*, *L.tropica* (minor, major), *L.mexicana*, *L.brasiliensis*
- Жизненный цикл лейшманий протекает со сменой хозяев и состоит из двух стадий: амастиготной (безжгутиковой) – в организме позвоночного животного и человека (тельца Лейшмана-Донована) и промастиготной (жгутиковой) – в организме членистоногого москита.
- Лейшмании при окраске по Лейшману или Романовскому – Гимзе в амастиготной стадии имеют овальную форму и размер (3–5) x (1–3) мкм, а в промастиготной стадии имеют веретенообразную форму длиной до 10–20 мкм и шириной до 4–6 мкм, в ней дифференцируется гомогенная или вакуолизированная цитоплазма голубого цвета, центрально расположенное ядро и кинетопласт рубиново-красного цвета; в переднем конце жгутик при промастиготной стадии.
- Лейшманий передаются кровососущими насекомыми – москитами родов *Phlebotomus*, *Lutzomyia*, семейства Phlebotomidae



# Лейшманиоз висцеральный

- **Лейшманиоз висцеральный** (*leishmaniosis visceralis*) – характеризуется преимущественно хроническим течением, волнообразной лихорадкой, сплено– и гепатомегалией, прогрессирующей анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией и кахексией.
- Различают
  - антропонозный (индийский висцеральный лейшманиоз, или кала-азар)
  - зоонозный висцеральный лейшманиоз (средиземноморско-среднеазиатский висцеральный лейшманиоз, или детский кала-азар; восточноафриканский висцеральный лейшманиоз; висцеральный лейшманиоз Нового Света).
- Возбудитель – *L. infantum*.
- Заболеваемость носит спорадический характер. Сезон заражения – лето, а сезон заболеваемости – осень того же или весна следующего года. Очаги болезни располагаются между 45° с.ш. и 15° ю.ш. в странах Средиземноморья, в северо-западных районах Китая, на Ближнем Востоке, в Средней Азии, **Казахстане (Кызыл-Ординская область)**, Азербайджане, Грузии.

# Патогенез

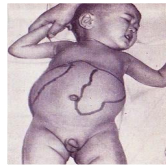


# Клиническая картина

Инкубационный период составляет от 20 дней до 3–5 мес, иногда 1 год и более. В месте инокуляции возникает первичный аффект в виде папулы, иногда покрытой чешуйкой. По течению различают острую, подострую и хроническую форму.



- слабость
- понижение аппетита
- адинамия
- небольшая спленомегалия



- Лихорадка волнообразного характера (до 39-40С), длительная
- Гепатоспленомегалия выраженная
- Лимфаденопатия
- Гиперспленизм
- Некроз миндалин, слизистых оболочек полости рта
- Геморрагический синдром
- Портальная гипертензия, асцит отеки.
- Нарушение процессов пищеварения
- Кахексия



- Выраженная кахексия
- Падение мышечного тонуса
- истончение кожи
- через тонкую брюшную стенку проступают контуры огромной селезенки и увеличенной печени
- ожа приобретает «фарфоровый» вид, иногда с землистым или восковидным оттенком, особенно в случаях выраженной анемии.



# Кожный лейшманиоз

- **Кожный** лейшманиоз (leishmaniosis cutanea) – трансмиссивный протозооз, эндемический для районов тропического и субтропического климата, клинически характеризующийся ограниченными поражениями кожи с последующими изъязвлением и рубцеванием.
- Различают кожный лейшманиоз Старого Света (антропонозный и зоонозный подтипы) и кожный лейшманиоз Нового Света.
- Антропонозный кожный лейшманиоз характеризуется меньшей выраженностью и более медленной динамикой («язва-годовик») поражений.

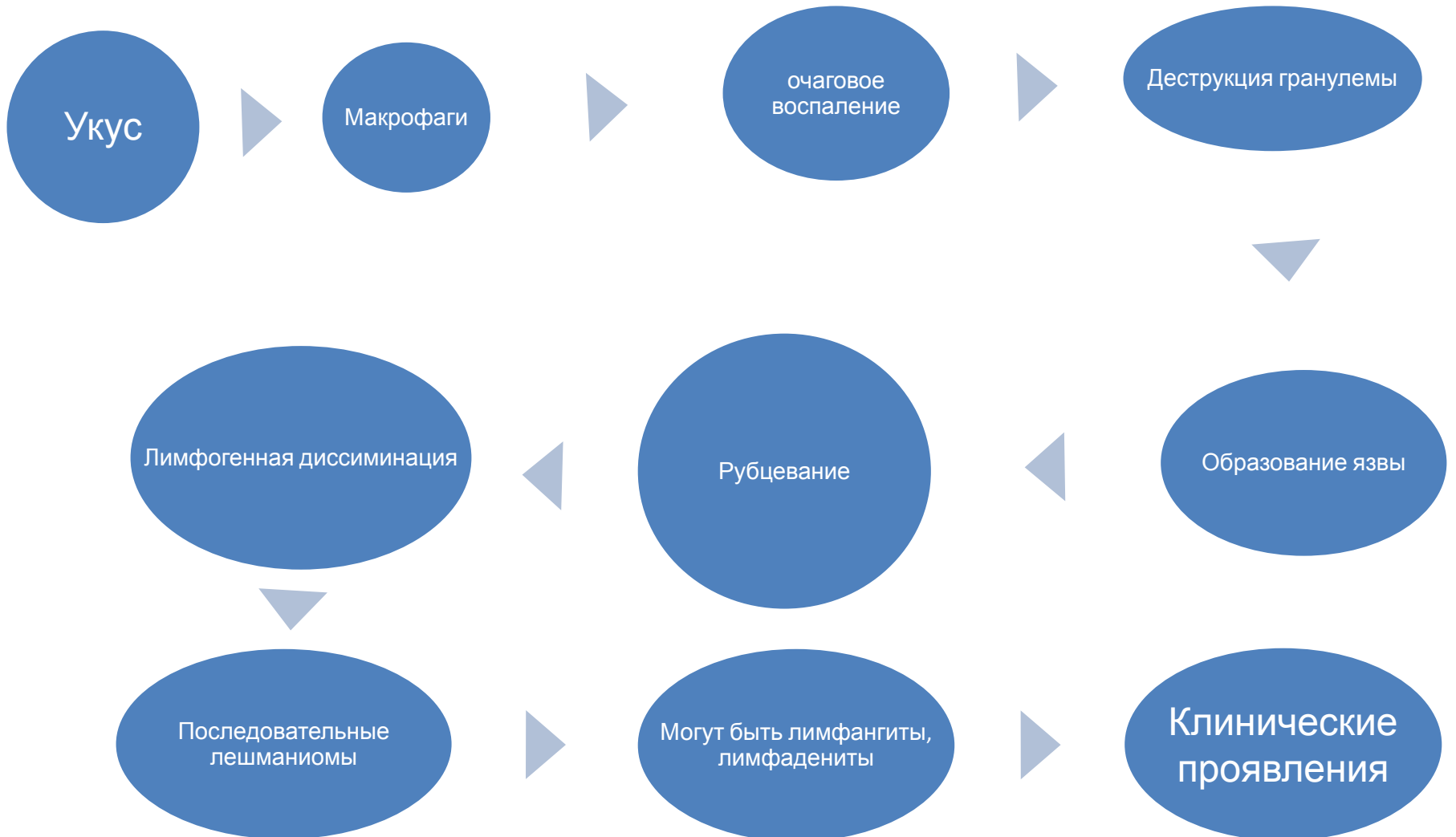


# Этиология и эпидемиология зоонозной формы кожного лейшманиоза

- Возбудители – *L. Minor* – антропонозный, *L. Major* – зоонозный тип.
- Основным резервуаром и источником инфекции является большая песчанка; Переносчики возбудителей – москиты рода *Phlebotomus*, в основном *Ph. papayassii*, Характерна четкая летняя сезонность заболеваемости, совпадающая с лѐтом МОСКИТОВ.



# Патогенез



# Клиническая картина

- Инкубационный период продолжается от 1 нед до 1–1,5 мес, обычно 10–20 дней.
- Различают следующие формы кожного лейшманиоза:
  - 1 – первичную лейшманиому – а) стадию бугорка, б) стадию изъязвления, в) стадию рубцевания;
  - 2 – последовательную лейшманиому;
  - 3 – диффузно-инфильтрирующий лейшманиоз;
  - 4 – туберкулоидный кожный лейшманиоз

- На месте внедрения лейшманий в кожу появляется первичная гладкая папула розового цвета, величиной 2–3 мм, которая быстро приобретает большие размеры, иногда напоминая фурункул с лимфангитом и воспалительной реакцией окружающих тканей, но малоблезненная при пальпации (первичная лейшманиома). Спустя 1–2 нед начинается центральный некроз лейшманиомы с последующим образованием язвы различной формы и размером до 1,0–1,5 см и более, с подрытыми краями, обильным серозно-гнойным, часто сукровичным отделяемым, умеренно болезненной при пальпации.
- Вокруг первичной лейшманиомы часто формируются множественные (от 5–10 до 100–150) мелкие узелки («бугорки обсеменения»), которые изъязвляются и, сливаясь, образуют язвенные поля. Локализуются лейшманиомы обычно на открытых участках кожи верхних и нижних конечностей, на лице.
- Через 2–4, иногда 5–6 мес начинается эпителизация и рубцевание язвы.
- С момента появления папулы до формирования рубца проходит не более 6–7 мес. Иногда наблюдаются изъязвление и рубцевание области лимфангитов и лимфаденитов. Туберкулоидный и диффузно-инфильтрирующий типы поражения наблюдаются редко. Вторичная бактериальная инфекция задерживает выздоровление



# Диагностика

- Микроскопическое исследования.
  - Висцеральный лейшманиоз. Лейшмании иногда обнаруживают в мазке и толстой капле крови. Наиболее информативным является обнаружение лейшмании в препаратах костного мозга: до 95–100 % положительных результатов. Проводят посев пунктата костного мозга для получения культуры возбудителя (на среде NNN обнаруживают промастиготы). Иногда прибегают к биопсии лимфатических узлов, селезенки, печени.
  - Кожный лейшманиоз. Исследование соскобов из дна язвы или краевого инфильтрата.
- Серологические методы исследования (РСК, НРИФ, ИФА и др.).
- Биологическая проба с заражением хомячков.
- У реконвалесцентов становится положительной внутрикожная проба с лейшманином (реакция Монтенегро).
- В гемограмме при висцеральном лейшманиозе определяется уменьшение числа эритроцитов (до  $1-2 \cdot 10^{12}$  /л и менее) и гемоглобина (до 40–50 г/л и менее), цветового показателя (0,6–0,8). Характерны пойкилоцитоз, анизоцитоз, анизохромия. Отмечаются лейкопения (до  $2-2,5 \cdot 10^9$  /л и менее), нейтропения (иногда до 10 %) при относительном лимфоцитозе, возможен агранулоцитоз. Постоянный признак – анэозинофилия, обычно выявляется тромбоцитопения. Характерно резкое повышение СОЭ (до 90 мм/ч). Снижаются свертываемость крови и резистентность эритроцитов.

# Лечение и профилактика

- **Висцеральный лейшманиоз.**
  - Наиболее эффективны препараты 5-валентной сурьмы, пентамидина изотионат.
  - Препараты сурьмы вводят внутривенно 20%р-р соли сурьмина в дозе от 0,04 до 0,1г/кг в сутки, в течение 10–30 дней в постепенно возрастающей дозе.
  - При неэффективности этих препаратов назначают пентамидин по 0,004 г на 1 кг в сутки ежедневно или через день, на курс 10–15 инъекций.
  - **Помимо** специфических препаратов, необходимы патогенетическая терапия и профилактика бактериальных наслоений.
- **Кожный лейшманиоз.**
  - В ранних стадиях внутрикожное обкалывание лейшманиом раствором мепакрина (акрихина), мономицина, уротропина, берберины сульфата, использование мазей и примочек, содержащих указанные средства.
  - На стадии язвы мономицин (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 (по Б.Г.Барджадзе), после которой не образуются грубые рубцы.
  - В тяжелых случаях применяют препараты 5-валентной сурьмы.
- **Профилактика.** Основана на мероприятиях по уничтожению москитов, санации больных собак. При кожном лейшманиозе вакцинация живой культурой – не позднее чем за 3 мес. до въезда в эндемичный район. Вакцина обеспечивает пожизненный иммунитет.

# Использованная литература

- Инфекционные болезни Е.П.Шувалова. Москва «Медицина» 2005г. Стр.595.
- Инфекционные болезни. Нац руководство. Ющук Н.Д. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2009г.