

## СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕЙШМАНИОЗА

<sup>1</sup>*Латинов Ихтиёр Икромович,*

<sup>2</sup>*Рахимов Отабек Худжамбердиевич*

<sup>1</sup>*Бухарский государственный медицинский институт,  
республиканский специализированный Научно-практический  
медицинский центр дерматологии и  
Косметологический филиал в Бухаре*

<sup>2</sup>*Заведующий отделением дерматовенерологии  
Каршинский военный госпиталь.*

**Аннотация.** Статья посвящена этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, диагностике и лечению кожного лейшманиоза. Причиной кожного лейшманиоза Старого Света является *L. major* или *L. tropica*, реже *L. infantum*, *L. aethiopica*. В районе Средиземного и Каспийского морей причиной кожного лейшманиоза являются *L. infantum* и *L. chagasi*. Кожный лейшманиоз Нового Света вызывается *L. mexicana*, *L. (L.) amazonensis*, *L. braziliensis*, *L. (V) panamensis*, *L. (V) peruviana*, и *L. (V). Guyanensis*. Кожный лейшманиоз может проявляться локализованной, хронической рецидивирующей, диффузной и острой формами. Для диагностики применяются: дерматоскопия, микроскопия биопсийного материала, мазков - отпечатков, кожных соскобов; посев на NNN среду (Novy-MacNeal-Nicolle media), ПЦР, серологическая диагностика. Характерны 4 типа гистологических проявлений инфекции: I - обильные амастиготы, II - макрофаги, полиморфнонуклеарные нейтрофилы, плазматические клетки, некроз, III - ранняя гранулема с очаговым скоплением эпителиодных клеток, лимфоциты и незначительное число плазматических клеток, IV - хорошо сформированная эпителиоидная гранулема в дерме с гигантскими клетками Лангерганса, лимфоцитами и эпителиоидными клетками.

**Ключевые слова.** Лейшманиоз, лимфоцит, мононуклеар, эпителиоид.

Лейшманиоз - широко распространенная хроническая инфекция человека и некоторых животных. Заболеть могут люди любого возраста, но чаще страдают дети и молодые взрослые. Клинически выделяют кожную, кожно-слизистую, диффузную кожную и висцеральную (поражается печень и селезенка) формы лейшманиоза. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около 1,2 млн. случаев кожного лейшманиоза и 400 000 случаев висцерального лейшманиоза. Висцеральный лейшманиоз занимает второе место после малярии как причина смерти от тропических болезней.

### Этиология и патогенез

Причиной лейшманиоза являются простейшие внутриклеточные паразиты, которые представлены более чем 20 видами лейшманий. Передается возбудитель москитами женского пола, в организме которого паразиты находятся в жгутиковой форме (промастиготы). Лейшманиоз Старого Света передается москитами рода *Phlebotomus*, а лейшманиоз Нового Света - москитами рода *Lutzomyia*. Москиты маленького размера, что позволяет им проникать через стандартные защитные сетки на окнах и даже через сетки в защитных шлемах военных. Длительность жизни москитов 30 дней, днем они отдыхают, активны от заката до рассвета и плохо летают (не более чем на 2 м). Укусы москитов могут быть безболезненными и поэтому пациенты часто не указывают на факт укуса насекомыми. Ситуация усугубляется еще и тем, что москиты не жужжат, и поэтому не привлекают к себе внимание. После укуса москита паразит внедряется в мононуклеарные фагоциты хозяина и трансформируется в амастиготы (безжгутиковая форма). Инфицирование при висцеральном лейшманиозе может быть при трансфузии, трансплантации, трансплацентарно и при кожном лейшманиозе при уколе иглой или шприцем, если на этих инструментах содержится инфицированный материал. Ответ на инфекцию зависит от числа возбудителей, штаммов лейшманий (описаны штаммы резистентные к макрофагам) и иммунной реакции человека. Известно, что выраженный ответ Th1 с выработкой IL-2 и IFN-γ приводит к быстрому разрешению инфекции, при слабом Th1 ответе или реакции Th2 с выработкой IL-4 и IL-10 инфекция продолжает развиваться, что наблюдается при диффузном кожном лейшманиозе. После перенесенного заболевания развивается стойкий иммунитет именно к этому виду лейшманий. Описаны случаи пожизненного иммунитета против всех видов лейшманий после перенесенного висцерального лейшманиоза [1, 2, 3].

Род *Leishmania* разделяют на два под-рода: *Leishmania* (L) и *Viannia* (V). Также выделяют четыре группы лейшманий: *Leishmania donovani* (виды: *L. donovani*, *L. infantum*, *L. chagasi*), *Leishmania tropica* (основные виды: *L. major*, *L. tropica*, *L. aethiopica*), *Leishmania mexicana* (основные виды: *L. mexicana*, *L. amazonensis*, *L. venezuelensis*, *pifanoi*, *garnhami*), *Leishmania* (*Viannia*) *braziliensis* (основные виды: *L. braziliensis*, *L. guyanensis*, *L. panamensis*, *L. peruviana*). Для различных видов лейшманий характерны свои резервуары и географическое распространение.

Из-за географической «привязанности» возбудителей выделяют кожный лейшманиоз Старого Света и кожный лейшманиоз Нового Света. Лейшманиоз Старого Света является эндемическим заболеванием в странах Азии, Африки, Ближнего Востока и Средиземноморья. Причиной кожного лейшманиоза

Старого Света является *L. major* или *L. tropica*, реже *L. infantum*, *L. aethiopica*, в районе Средиземного и Каспийского морей причиной кожного лейшманиоза являются *L. infantum* and *L. chagasi*.

Среди кожного лейшманиоза Старого Света выделяют зоонозный, рано изъязвляющийся лейшманиоз (инкубационный период 2 - 4 недели), причиной является *L. major* и ан-тропонозный (поздно изъязвляющийся с инкубационным периодом 2 - 8 месяцев), причиной является *L. tropica*. Кожный лейшманиоз Нового Света вызывается *L. mexicana*, *L. (L) amazonensis*, *L. braziliensis*, *L. (V) panamensis*, *L. (V) peruviana*, и *L. (V) guyanensis* [3].

Клинически кожный лейшманиоз может проявляться локализованной, хронической рецидивирующей, диффузной и острой формами. Локализованная форма кожного лейшманиоза проявляется папулами или узлами, которые возникают на месте укусов, чаще всего это лицо и открытые участки тела. Со временем папулы/узлы превращаются в хорошо очерченные безболезненные язвы с фиолетовым венчиком. Цвет венчика объясняется разрушением эпидермиса и просвечиванием сосудов дермы. Возможны лимфаденопатия и наличие сателлитов. Острая форма лейшманиоза Старого Света клинически напоминает фурункул. Заживают язвы с формированием вдавленных рубцов. При локализации на лице развивается косметический дефект, что приводит к серьезным психологическим проблемам пациента и является определенной стигмой социального неблагополучия. Хронический рецидивирующий лейшманиоз характеризуется возникновением новых папул по периферии рубцов, сформированных после перенесенного кожного лейшманиоза.

Лейшманиоз должен подозреваться у любого человека проживающего/посетившего эпидемически опасные страны, так как в случае висцерального лейшманиоза поздно установленный диагноз может быть причиной гибели пациента. Особое внимание необходимо уделять ВИЧ - инфицированным пациентам, у которых лейшманиоз протекает более тяжело и может быть устойчив к лечению. Учитывая то, что лечение лейшманиоза длительное и токсическое, диагноз лейшманиоза должен быть подтвержден лабораторными исследованиями. Для диагностики кожного лейшманиоза применяются следующие методы, которые имеют различную степень чувствительности: дерматоскопия, микроскопия (исследование на стекле, окраска по Гимзе) биопсийного материала, мазков - отпечатков, кожных соскобов и аспирационного материала методом тонкоигльной пункции, посев на NNN среду (Novy-MacNeal-Nicolle media), ПЦР, серологическая диагностика. Забор материала для исследования (биопсия, аспирация) нужно проводить в стерильных условиях, образцы необходимо получать из новых, наиболее активных высыпаний.

Физиотерапия включает применение криотерапии, кюретажа, радиочастотной терапии, СО<sub>2</sub> лазера [1, 6, 8, 10, 11]. Однако доступность и официальные рекомендации для применения этих методов лечения различны в каждой стране. Стандарты лечения кожного лейшманиоза в Республике Беларусь включают назначение доксициклина 100 мг 2 раза в сутки, хлорохина по 200 мг 2 раза в сутки 10 дневными курсами с 5 - дневным перерывом; наружная терапия - мази с антибиотиками (0,1% гентамициновая, 3% тетрациклиновая), эпителизирующие средства (метилурацило-вая мазь, мазь, содержащая хлорамфеникол и метилурацил, крем депротенинизированный гемодеривата сыворотки телячьей крови) [12].

Лекарств и вакцин, вызывающих стойкий иммунитет в настоящий момент нет. Иммунитет возникает после перенесенного заболевания или после прививки. У детей, рожденных от родителей, которые имеют иммунитет к лейшманиозу, восприимчивость к лейшманиям сохраняется. В гиперэндемических очагах инфекции эффективной может быть вакцинация живым возбудителем, что и применяется в некоторых странах. Большинство исследователей считают, что вакцинация убитыми возбудителями не эффективна. Рекомендации туристам исключить прогулки, как правило, не работают, поэтому они должны быть информированы о повышенном риске заражения инфекцией рано утром или поздно вечером. Основными методами профилактики являются репелленты, защитная одежда или одежда, обработанная репеллентами, закрытые двери, прикроватные противомоскитные сетки и сетки на окнах. В последнем случае необходим контроль за размером ячеек сеток.

### **Заключение**

Таким образом, кожный лейшманиоз является распространенным заболеванием с многообразием клинических проявлений, требующее различных методов диагностики и трудно поддающееся лечению. Несмотря на то, что Республика Беларусь не является эпидемически опасной по лейшманиозу, врачи-дерматологи должны владеть знаниями о клинических проявлениях, диагностике и лечении кожного лейшманиоза и подозревать это заболевание у любого пациента, прибывшего из эпидемически опасных районов.

### **Литература**

1. Pirmez C, Yamamura M, Uyemura K, Paes-Oliveira M, Conceifão-Silva F, Modlin RL. Cytokine patterns in the pathogenesis of human leishmaniasis. *J Clin Invest.* 1993 Apr; 91(4):1390-5.
2. Murray HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet.* 2005 Oct-Nov;366(9496): 1561-77.

3. Bari AU, Rahman SB. Many faces of cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2008 Jan-Feb;74(1):23-7.
4. Mueller MC, Fleischmann E, Grunke M, Schewe S, Bogner JR, Löscher T. Relapsing Cutaneous leishmaniasis in a patient with ankylosing spondylitis treated with infliximab. *Am J Trop Med Hyg.* 2009 Jul;81(1):52-4.
5. Handler MZ, Patel PA, Kapila R, Al-Qubati Y, Schwartz RA. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Dec;73(6):911-26; 927-8.
6. Ikromovich, L. I., & Akmalovna, I. S. (2023). Optimization of modern treatment technology for patients with vitiligo. *Образование наука и инновационные идеи в мире*, 24(2), 136-142.
7. Лапасов, О. А., & Латипов, И. И. (2022). Базальноклеточный рак кожи. Исторические аспекты, актуальные достижения и проблемы на современном этапе. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(5), 381-391.
8. Latipov, I. I., & Lapasov, O. A. (2022). Histopathology of basal cell cancer. *European journal of modern medicine and practice*, 2(10), 108-119.
9. Latipov, I. I. (2023). The results of the clinical effectiveness of the treatment of patients with vitiligo as a result of treatment with the developed modified immunocorrective complex therapy. *World Bulletin of Public Health*, 22, 74-79.
10. Latipov, I. I., Axmedovich, M. F., & Hamzao'g'li, O. J. (2021). Evaluation of the quality of life of vitiligo patients by the effectiveness of combination therapy using the dermatology life quality index (DLQI). *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*, 2(10), 55-63.
11. Latipov, I. I., & Lapasov, O. A. (2022). Improvement of Methods for Early Diagnosis of Basal cell skin cancer. *International journal of health systems and medical sciences*, 1(4), 74-80.
12. Bakhtiyorovich, K. B., & Ikromovich, L. I. (2022). Psychosocial impact on a healthy lifestyle of patients with vitiligo among the population of Uzbekistan. *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal*, 12(7), 197-204.
13. Ikromovich, L. I., & Bakhtiyorovich, K. B. (2022). Vitiligo: Modern views on etiology, pathogenesis and therapy methods.
14. Latipov, I., & Kholov, B. (2022). Studying the effectiveness and safety of the influence of medium doses of uva-1 radiation on the clinical manifestations of psoriasis. *Academic research in modern science*, 1(11), 56-63.