

УДК 616.993.161:616.716

Скікевич М.Г., Волошина Л.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ШКІРНОЇ ФОРМИ ЛЕЙШМАНІОЗУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Лейшманіоз – це трансмісивна хвороба людини, яка характеризується ураженням шкіри і внутрішніх органів, що викликається найпростішими внутрішньоклітинними паразитами.

Основні фактори ризику

- Соціально-економічні умови. Злидні підвищують ризик захворювання на лейшманіоз. Хвороба уражує найбільш вразливі люди планети й пов'язана з недостатністю харчування. Білково-енергетична недостатність і недостатнє споживання заліза, вітаміну А і цинку в харчуванні підвищують ризик розвитку захворювання.

- Переміщення населення, погані житлові умови, звичка спати на свіжому повітрі, на підлозі, слабка імунна система.

- Погані санітарні умови, відсутність утилізації відходів, відкрита каналізація сприяють збільшенню місць для розмноження й життя москітів. Тому їх приваблюють скупчені житлові умови – добре джерело для їхньої «кривавої» їжі.

- Лейшманіоз пов'язаний так само зі змінами в навколишньому середовищі, такими як знищення лісів, будівництво дамб та іригаційних систем, урбанізація.

За оцінками (ВООЗ), щорічно відбувається 700 000-1 мільйон нових інфікувань і від 26 000 до 65 000 випадків смерті від цієї хвороби. Близько 95% випадків захворювання на шкірну форму лейшманіозу відбувається в країнах Американського континенту, в Середземноморському басейні, на Близькому Сході й у Середній Азії. Лейшманіоз так само трапляється в країнах пострадянського простору, зрештою в Узбекистані й Туркменістані [1].

В Україну ця хвороба може бути завезена туристами, студентами, бізнесменами, співробітниками спільних підприємств, іммігрантами з відповідних країн світу.

Хворіють і наші домашні улюбленці, особливо собаки й тварини в Європі, які можуть бути завезені з ендемічних районів. Ветеринари вказують на різке збільшення кількості випадків захворювання.

Описано понад 20 видів лейшманій. Переносниками цієї хвороби є самки москітів. В організмі москіта паразити містяться в джугитовій формі. Відомо, що близько 70 видів тварин і людина є природними резервуарами паразитів *Leishmania*.

Зараження лейшманіозом відбувається через слину в момент укусу москіта. Укуси москітів практично неболічі, й пацієнти часто не знають і не вказують на цей факт. Після укусу паразит укорі-

нюється в мононуклеарні фагоцити людини.

Також можливий шлях інфікування людини при контакті uszkodженої шкіри з виразками й іншими видами ушкоджень.

Клінічно виділяють такі форми лейшманіозу: шкірну, шкірно-слизову, дифузну шкірну й вісцеральну. Відповідна реакція людини на інфекцію залежить від кількості збудників, його штамів та імунної реакції у відповідь. Після перенесеного захворювання розвивається стійкий імунітет до цього конкретного виду захворювання [1-3].

Шкірний лейшманіоз – найпоширеніша форма лейшманіозу й викликає ушкодження шкіри. Головним чином утворюються виразки на відкритих ділянках тіла. Після загоєння цих виразок на все життя залишаються рубці, інвалідність або стигма.

Типові місця локалізації – обличчя, вуха, коліна, лікті. Деякі вузлики можуть мати бородавчасту поверхню або нагадувати ксантоми, келоїд. Може уражатися носоглотка, порожнина рота або слизова носа без руйнування носової перегородки. Дифузний шкірний лейшманіоз може проявлятися у вигляді великих гіпопигментованих плям, які нагадують туберкулоїдну лепру. Для кожного лейшманіозу характерно також формування інфекційної гранульоми.

Виділяють два різновиди шкірного лейшманіозу.

- Антропонозний тип (ашхабадка). При цьому варіанті захворювання інкубаційний період становить 3-8 місяців. На місці укусу москіта утворюється невеликий горбок, який через 3-6 місяців перетворюється на виразку з нерівними краями. Рубцюється така виразка протягом 1-2 років.

- Зоонозний тип (пендинська виразка). Відзначається коротким інкубаційним періодом – до 3 тижнів. Через кілька днів діаметр горбка на місці укусу досягає 10-15 мм і в його центрі розвивається некроз. Розмір виразки на цьому місці через 3 місяці може досягати 5 см. Виразка рубцюється протягом 5 місяців [4; 5].

Лікування шкірного лейшманіозу може бути місцевим або системним залежно від ушкодження і збудника.

Місцеве лікування підходить для невеликих, неускладнених ушкоджень. Ін'єкції стибоглюконату натрію в уражену ділянку використовували протягом багатьох років для лікування простого шкірного лейшманіозу в Європі й Азії. Інші варіанти місцевого лікування передбачають теп-

лову терапію, яка вимагає спеціальних умов для виконання, і кріотерапію; обидві можуть бути болючими й застосовуються тільки для лікування невеликих виразок.

Системна терапія використовується в пацієнтів із множинними великими, поширеними по всьому тілу висипками, які спотворюють. Трапляються складні випадки шкірного лейшманіозу, асоційовані з лейшманіозом слизових оболонок і ослабленим імунітетом.

Спостереження клінічне

Пацієнт А., 27 років, звернувся в щелепно-лицеве відділення з діагнозом «онкологічне захворювання шкіри обличчя?», гематологічне захворювання? з КВД. З анамнезу відомо, що протягом останніх 2-3-х місяців була підвищена температура до фебрильних цифр. З епіданамнезу відомо, що пацієнт працює в Польщі на будівництві різноробочим кілька років. Звертався в Польщі до лікарів, де, зі слів пацієнта, призначали місцеве й загальне лікування. Проведене лікування ніякого результату не дало. Анамнестично: у зоні первинного ураження – гладкі рожеві папули розміром від 1,5 до 3 см. З часом утворилися «характерні фурункули», які майже не викликали болювих відчуттів. Через 5 або більше тижнів утворилися вогнища некрозу – болючі виразки з нерівними краями й рясним виділенням гнійного характеру. Набагато збільшилися розміри регіонарних лімфатичних вузлів. Фармакотерапія польських колег – інформація недоступна.

Пацієнт приїхав додому в Україну для діагностики й лікування.

При зверненні в стаціонар стан задовільний. У клінічній картині привертала увагу шкіра обличчя. На обличчі під пов'язками – три виразки різних розмірів. Дві на щоках і одна на носі. Пальпація країв виразок дуже болюча.

У клінічному аналізі крові – анемія, Нb до 103 г/л, тромбоцитопенія незначна, схильність до лейкопенії до $3,2 \times 10^9$, паличкоядерних зсув, прискорення ШОЕ до 17 мм / год.

Було розпочато діагностичний пошук етіології даного процесу.

- Пацієнта було направлено на консультацію до ревматолога з метою виключення хвороби Вегенера, ревматологічних захворювань.
- Консультація гематолога – виключити онкогематологію.
- До інфекціоністів – виключити паразитарні хвороби.

Було рекомендовано лабораторне обстеження: біохімічний аналіз крові; імунограма; ревмопроби; КТ черевної порожнини (для виключення гепатолієнального синдрому).

Консультував паразитолог: діагноз «лейшманіоз» не викликав сумніву. Однак пацієнт категорично відмовився від направлення на обстеження й лікування в умовах стаціонару інфекційної лікарні. Подальша доля цього пацієнта нам невідома. Він поспішав на роботу.

Цей випадок ми демонструємо, аби звернути увагу лікарів на необхідність ретельного збору анамнезу, зокрема дані епіданамнезу вкрай важливі для уточнення діагнозу в подібних випадках.

Діагностика

Діагноз лейшманіозу має бути підтверджений лабораторними дослідженнями. Для діагностики шкірного лейшманіозу застосовують такі методи: дерматоскопія, мікроскопія матеріалу біопсії, мазки-відбитки, шкірні зіскрібки, аспіраційний матеріал методом тонкоголкової пункції, посів на NNN середовища, ПЦР, серологічна діагностика.

Біопсія шкіри (Панч-біопсія) проводиться на всю товщину шкіри, під місцевим знеболюванням. Шкіру треба обробляти 70% розчином спирту, оскільки розчин йоду пригнічує ріст культури.

Шкірний зіскріб – необхідно забезпечити надійний гомеостаз для унеможливлення потраплення крові в зразок.

Мазки-відбитки отримують із матеріалу біопсії.

Диференційована діагностика шкірного лейшманіозу: інфекційні й злоякісні утвори, укуси комах, глибокі мікози, вовчак, саркома Капоші, мікобактеріози, третинний сифіліс, базальноклітинна карцинома, туберкульозні ураження шкіри й слизових, гранулематоз Вегенера, лімфома [1;6;7].

Лікування лейшманіозу тривале й токсичне. Це – складне завдання, бо жоден метод не дає 100% результату. Вибір методу лікування буде залежати від виду збудника й географічного місця інфікування.

Основні методи профілактики: репеленти, захисний одяг; одяг, оброблений репелентами; щільно зачинені двері, протимоскітні сітки на вікнах.

Висновок

Україна не є епідемічно небезпечною щодо лейшманіозу, але лікарі-інфекціоністи, хірурги, дерматологи мають бути обізнані з клінічними проявами й діагностикою лейшманіозу. Захворювання можна підозрювати в будь-якого пацієнта, який приїхав з епідемічно несприятливої країни.

Список літератури

1. Потекаев НС, Потекаев НН, Львов АН, Пташинский РИ, Кочетков МА, Лебедева ЕВ и др. Зоонозный кожного лейшманиоз: исторический экскурс и клиническое наблюдение. Клиническая дерматология и венерология. 2015;5: 41–50.
2. Handler MZ. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. J. Am. Acad. Dermatol. 2015;73(6): 911–926.
3. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, et al: Diagnosis and treatment of leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). Clin Infect Dis 63 (12):e202-e264, 2016. doi: 10.1093/cid/ciw670.
4. Соколова ТВ, Гладько ВВ, Сафонов ЛА. Практические навыки в дерматовенерологии : справ. для

врачей. М. : Медицинское информационное агентство; 2011.132 с.

5. InBiOS: innovative diagnostics for infectious diseases [Electronic resours] – Mode of access: <http://www.inbios.com/rapid-tests/cl-detect-rapid-test>. – Date of access: 07.02.2016.

6. Клинические протоколы диагностики и лечения больных с болезнями кожи и подкожной клетчатки [Электронный ресурс]. Сайт о медицине, здравоохранении Беларуси и здоровом образе жизни. Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2008. – Дата доступа: 15.06.2016.

7. Salah AB. Topical Paramomycin with or without Gentamicin for Cutaneous Leishmaniasis. *N Engl J Med*. 2013 February 7; 368: 524-532.

References

1. Potekaev NS, Potekaev NN, L'vov AN, Ptashinskij RI, Kochetkov MA, Lebedeva EV i dr. Zoonoznyj kozhnyj leishmanioz: istoricheskij ekskurs i klinicheskoe nablyudenie. *Klin. dermatologiya i venerologiya*. 2015;5: 41–50. (Russian)

2. Handler MZ. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2015;73(6): 911–926.

3. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, et al: Diagnosis and treatment of leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). *Clin Infect Dis* 63 (12):e202-e264, 2016. doi: 10.1093/cid/ciw670.

4. Sokolova TV, Glad'ko VV, Safonov LA. Prakticheskie navyki v dermatovenerologii : sprav. dlya vrachej. М. : Medicinskoje informacionnoje agentstvo; 2011.132 s. (Russian)

5. InBiOS: innovative diagnostics for infectious diseases [Electronic resours] – Mode of access: <http://www.inbios.com/rapid-tests/cl-detect-rapid-test>. – Date of access: 07.02.2016.

6. Klinicheskie protokoly diagnostiki i lecheniya bol'nyh s boleznyami kozhi i podkozhoj kletchatki [Elektronnyj resurs]. Sajt o medicine, zdavoohranenii Belarusi i zdorovom obraze zhizni. Rezhim dostupa: http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2008. – Data dostupa: 15.06.2016.

7. Salah AB. Topical Paramomycin with or without Gentamicin for Cutaneous Leishmaniasis. *N Engl J Med*. 2013 February 7; 368: 524-532.

Стаття надійшла: 21.04.2020 року

Резюме

Лейшманіоз – це трансмісивна хвороба людини. Переносниками хвороби є москити. Можливий шлях інфікування людини при контактi ушкодженої шкіри з виразками хворого, тварини.

Основний фактор ризику – соціально-економічні умови. Шкірний лейшманіоз – найпоширеніша форма захворювання. Утворюються виразки на відкритих ділянках тіла. Після загоєння виразок залишаються рубці на все життя. Типові місця локалізації: обличчя, вуха, коліна, лікті. Деякі вузлики можуть мати бородавчасту поверхню. Іноді вони нагадують ксантоми або келоїд. Може уражатися носоглотка, порожнина рота або слизова носа без руйнування носової перегородки. Дифузний шкірний лейшманіоз може проявлятися у вигляді великих гіпопигментованих плям. Вони нагадують туберкульозну лепру. Для кожного лейшманіозу характерно також формування інфекційної гранульоми.

Лікування лейшманіозу тривале й токсичне. Це – складне завдання, бо жоден метод не дає 100% результату.

Основні методи профілактики: репеленти, захисний одяг; одяг, оброблений репелентами; щільно зачинені двері, протимоскітні сітки на вікнах.

Україна не є епідемічно небезпечною щодо лейшманіозу, але захворювання може бути завезене. Лейшманіоз можна підозрювати в будь-якої людини, яка приїхала з епідемічно несприятливої країни.

Ключові слова: лейшманіоз, фактори ризику, клінічна картина, шкірний лейшманіоз, особливості діагностики й диференційованої діагностики.

Резюме

Лейшманиоз – это трансмиссивная болезнь человека. Переносчиками болезни являются москиты. Возможный путь инфицирования человека при контакте поврежденной кожи с язвами больного, животного.

Основной фактор риска – социально-экономические условия.

Кожный лейшманиоз является наиболее распространенной формой заболевания. Клинически образуются язвы на открытых участках тела. После заживления язв остаются рубцы на всю жизнь. Типичные места локализации: лицо, уши, колени, локти. Некоторые узелки могут иметь бородавчатую поверхность. Иногда они напоминают ксантомы или келоид. Иногда могут поражаться носоглотка, полость рта или слизистая носа без разрушения носовой перегородки. Диффузный кожный лейшманиоз может проявляться в виде больших гипопигментированных пятен. Для каждого лейшманиоза характерно также формирование инфекционной гранулемы.

Лечение лейшманиоза длительное и токсичное. Ни один метод не дает 100% результата.

Методы профилактики: репелленты, защитная одежда; одежда, обработанная репелентами; плотно закрытые двери; противомоскитные сетки на окнах. Украина не является эпидемически опасной страной по лейшманиозу. Заболевание может быть завезено. Лейшманиоз можно подозревать у любого человека, который приехал из эпидемически неблагоприятной страны.

Ключевые слова: лейшманиоз, факторы риска, клиническая картина, кожный лейшманиоз, особенности диагностики и дифференциальной диагностики.

UDC 616.993.161:616.716

PECULIARITIES OF MANIFESTATION OF THE SKIN FORM OF LEISHMANIASIS OF MAXILLOFACIAL LOCALIZATION

Skikevych M.G., Voloshyna L.I.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Summary

Leishmaniasis is a vector-borne disease in humans. Simple intracellular parasites cause the disease. Risk factors: socio-economic conditions, poverty. The disease is associated with malnutrition, with population displacement, with poor housing conditions, with a weak immune system, poor sanitary conditions, and lack of waste disposal. Up to 1 million new infections and up to 65,000 deaths from this disease occur annually. About 95% of cases of skin form disease occur in the countries of the American continent. Leishmaniasis occurs in Uzbekistan and Turkmenistan.

The carriers of this disease are female mosquitoes. In the mosquito, parasites are in flagellate form. The natural reservoirs of *Leishmania* can be around 70 species of animals and humans. Infection occurs through mosquito saliva. After a bite, the parasite invades human mononuclear phagocytes. There may be infection of a person in contact with ulcers and other types of damage. Veterinarians have noted a dramatically increasing number of cases of disease in domestic animals.

The following forms are clinically distinguished: cutaneous, mucocutaneous, diffuse cutaneous and visceral forms of leishmaniasis. After the disease develops, a stable immunity to this particular type of leishmaniasis develops.

Cutaneous leishmaniasis is the most common form. Ulcers form in open areas of the body. Typical places of localization: face, ears, knees, elbows. Some nodules may have a warty surface or resemble xanthomas, keloids. After healing of these ulcers, scars remain for life.

The nasopharynx, oral cavity, or nasal mucosa can be affected without destroying the nasal septum. For cutaneous leishmaniasis, the formation of an infectious granuloma is also characteristic.

Treatment of cutaneous leishmaniasis can be local or systemic, depending on the damage and pathogen. Local treatment is suitable for minor and uncomplicated lesions. Local treatment options: heat therapy, cryotherapy. Systemic therapy is used in patients with multiple extensive rashes.

Patient K. turned to the maxillofacial department. The patient came home to Ukraine for the purpose of diagnosis and treatment. The patient works in Poland at a construction site. According to the patient, several courses of treatment. The treatment had no result. The pharmacotherapy of our Polish colleagues is not known to us. Clinically: superficial skin lesions on the face. On the face are three ulcers of different sizes. Two ulcers on the cheeks and one on the nose. Palpation of the edges of the ulcers is very painful.

Diagnostic search for the etiology of this process. Consultation of a rheumatologist – the goal of eliminating Wegener's disease, rheumatological diseases. Hematologist consultation – exclude hematology. Infectionist consultation – rule out parasitic diseases. Laboratory examination: biochemical blood test, immunogram, rheumatic tests. CT scan of the abdomen.

Consultation of a parasitologist. The diagnosis was not in doubt. The patient refused examination and treatment in the infectious diseases hospital. The further fate of this patient is not known to us. We want to draw the attention of doctors to the need for a thorough history taking. An epidemiological history is crucial in such cases.

Treatment of leishmaniasis is long and toxic. No method of treatment gives 100% of the result. The choice of treatment method will depend on the type of pathogen and the geographical location of the infection. This disease can be brought by tourists, students from relevant countries of the world to Ukraine.

Key words: leishmaniasis, risk factors, cutaneous leishmaniasis, diagnosis of leishmaniasis, differential diagnosis of cutaneous leishmaniasis.