

ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖНЫЙ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов
«Справочник дерматолога»

ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖНЫЙ (син.: язва пендинская, Боровского болезнь) - трансмиссивное заболевание кожи, вызванное лейшманиями (*Leishmania tropica*), эндемичное для стран с теплым климатом.

Выделяют два основных клинико-эпидемиологических варианта кожного лейшманиоза:

- антропонозный (городской, поздноизъязвляющийся)
- зоонозный (сельский, остронекротизирующий),

возбудителей которых рассматривают как самостоятельные виды.

Сезон заражения связан с периодом лета moskitov. Среди местного населения болеют главным образом дети, среди приезжих - люди любого возраста.

Источником возбудителей антропонозного кожного лейшманиоза является больной человек, зоонозного - мелкие млекопитающие (песчанки), переносчики - москиты рода *Phlebotomus*.

На месте внедрения возбудителя развивается гранулема - лейшманиома, которая проходит стадию инкубации, пролиферации (бугорок), деструкции (язва) и репарации (рубцевание).

В результате суперинфекции могут возникнуть несколько лейшманиом последовательно или одновременно (при множественных укусах). По лимфатическим путям из первичного очага до регионарного лимфатического узла появляются бугорки обсеменения.

Заболевание может приобрести хроническое рецидивирующее течение в виде мелких рецидивирующих бугорков в области рубца (туберкулоидный лейшманиоз).

После заболевания остается стойкий иммунитет.

Лейшманиоз кожный антропонозный имеет инкубационный период 2-8 мес. Первичная лейшманиома в виде гладкого медленно растущего буровато-красного бугорка через 6 мес достигает 1-2 см в диаметре. Затем его поверхность начинает шелушиться и через 5-10 мес изъязвляется. Вокруг язвы могут появиться бугорки обсеменения. Через 1 год (иногда более) инфильтрат уменьшается, язва рубцуется.

Лейшманиоз кожный зоонозный отличается более коротким инкубационным периодом - обычно 1-4 нед. (не более 2 мес), быстрым ростом и превращением бугорка в элемент типа [фурункула](#) с мощным воспалительным инфильтратом, нечеткими границами, отеком. Центральная часть его быстро подвергается некрозу с образованием кратерообразной язвы с гнойным отделяемым. Вокруг основной возникают новые язвы, характерны также

лимфангиты вокруг язв, лимфаденит. Процесс сопровождается болезненностью, развитием отеков стоп, голеней. Через 3-6 мес процесс заканчивается рубцеванием. Диагноз ставят на основании эпидемиологических, анамнестических, клинических и микробиологических (обнаружение лейшманий) данных.

Дифференциальный диагноз лейшманиоза проводят с:

- [пиодермией](#),
- [туберкулезом](#),
- сифилисом,
- [раком кожи](#).

Лечение лейшманиоза:

- мономицин - по 250 000 ЕД внутримышечно 3 раза в сутки через каждые 8 ч, на курс 7 000000-9 000000 ЕД, могут быть также использованы
 - солосурьмин,
 - глюкантим,
 - метациклин,
 - доксициклин,
 - антималярийные препараты.

Профилактика лейшманиоза включает:

- ликвидации мест выплода moskitov,
- противомоскитной обработке дома,
- истреблении песчанок (при зоонозном пню),
- индивидуальных средствах защиты от moskitov;
- прививки за 3 мес. до выезда в очаги.