

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Епифанов С.А.*, Матвеев С.А.,
Кокорин В.В.ФГБУ «Национальный медико-хирургический
Центр им. Н.И. Пирогова», Москва

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_2_129

Резюме. Представлено клиническое наблюдение пациентки с кожным лейшманиозом челюстно-лицевой области. Особенности симптомов заболевания заставило подозревать злокачественную опухоль. Однако подозрение на паразитарную природу патологии позволило верифицировать диагноз и провести специфическое лечение с удовлетворительным результатом.

Ключевые слова: кожный лейшманиоз, саркоидная реакция, опухоль, аллергическая реакция.

«Чтобы диагностировать заболевание, необходимо помнить о его существовании».

Аксиома клинического мышления.

Leishmania являются паразитирующими простейшими. Существуют три формы лейшманиоза: висцеральный (наиболее тяжелая форма заболевания), кожный (самая распространенная форма) и слизисто-кожный (Рис. 1).

Об актуальности этой проблемы свидетельствует тот факт, что в 2010 год был опубликован специальный доклад Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом (Рис. 2).

Географическое расположение этого заболевания приведено на карте (Рис. 3).

Израиль, Туркменистан, Турция, Узбекистан и Украина — это страны, в наибольшей степени затронутые лейшманиозом в кожной форме, который составляет почти 80% всех случаев. Висцеральный лейшманиоз отмечается преимущественно в Албании, Грузии, Италии и Испании.

Отечественный военный врач П.Ф. Боровский исследовал заболевание — пендинская язва («пендинка», кожный лейшманиоз) и первым дал правильное описание возбудителя этой болезни и отнёс его к типу простейшие (Protozoa), а не к бактериям или грибкам, как считали раньше (Рис. 4).

Кожный лейшманиоз, наиболее распространенная форма, приводит к появлению язв на открытых участках кожи, оставляя людей со шрамами и серьезной инвалидностью на всю жизнь. Висцеральный лейшманиоз без лечения заканчивается летальным исходом.

CLINICAL MASKS OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN MAXILLOFACIAL AREA

Epifanov S.A.*, Matveev S.A., Kokorin V.V.

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. Presented is clinical observation of a patient with cutaneous leishmaniasis of maxillofacial area. The features of the symptoms of the disease made a malignant tumor suspect. However, suspicion of the parasitic nature of the pathology made it possible to verify the diagnosis and conduct specific treatment with a satisfactory result.

Keywords: cutaneous leishmaniasis, sarcoid reaction, tumor, allergic reaction

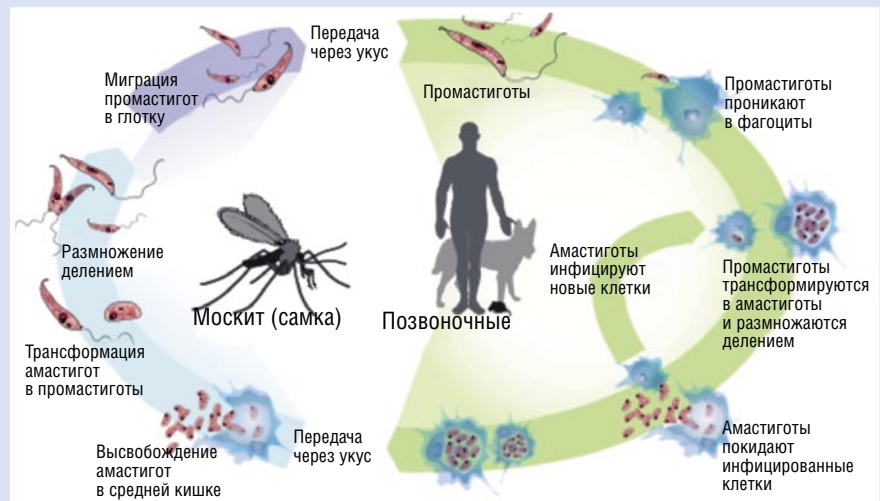


Рис. 1. Жизненный цикл Leishmania.

Приводим клиническое наблюдение. Пациентка А., 37 лет. В анамнезе перенесла операцию — устранение пост-травматической деформации носа с удовлетворительным результатом (Рис. 5).

13.05.2013 г. консультирована хирургом по поводу рецидивирующей атеромы (ранее проводилось лазерное и пункционное лечение) в области левой половины костной части носа (Рис. 6).

Под общей анестезией выполнено иссечение инфицированного рубца с наложением адаптирующих швов на кожу. Назначена антибактериальная терапия (Таваник 500 мг 1 раз в день, 6 суток). Швы сняты 15.05.2013 г.: патологических новообразований, свищевых ходов на уровне исследования не выявлено. Отёк подкожной жировой клетчатки левой латеральной

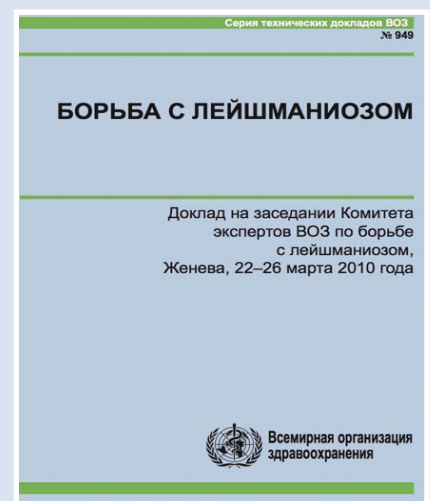


Рис. 2. Доклад на заседании Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом, Женева, 22–26 марта 2010 года.

* e-mail: cmfsurg@gmail.com



Рис. 3. Эндемичные районы по Leishmania.



Рис. 4. П.Ф. Боровский (1863–1932). «Военно-медицинский журнал» №11, 1898 г. (выдержка из текста).



Рис. 5. Вид пациентки до и после реконструкции носа.

стенки носа, левой щечной области воспалительного генеза. Дальнейшая клиническая динамика представлена на Рис. 7–9.

Многочисленные морфологические исследования выявили: очагово-диффузную лимфоидную инфильтрацию по типу флегмонозного воспаления; крупноочаговые лимфоидные инфильтраты, в центре которых определяется эпителиоидноклеточные гранулемы; хроническое воспаление с саркоидной реакцией. Было даже заключение: срединная гранулема лица.

Однако при паразитологическом исследовании мазков кожных поражений удалось обнаружить возбудителя — лейшмании. Это позволило назначить пациентке специфическую противопаразитарную терапию (Рис. 10).

После проведённого курса лечения был получен удовлетворительный результат (Рис. 11).

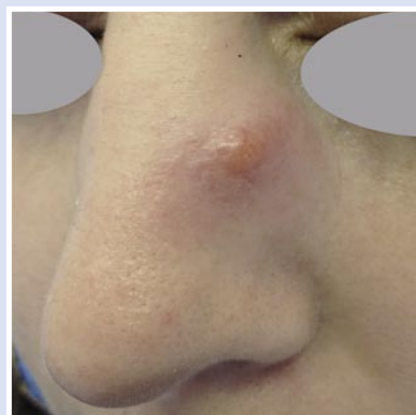


Рис. 6. Вид пациентки после предварительного диагноза: «Рецидивирующая атерома».

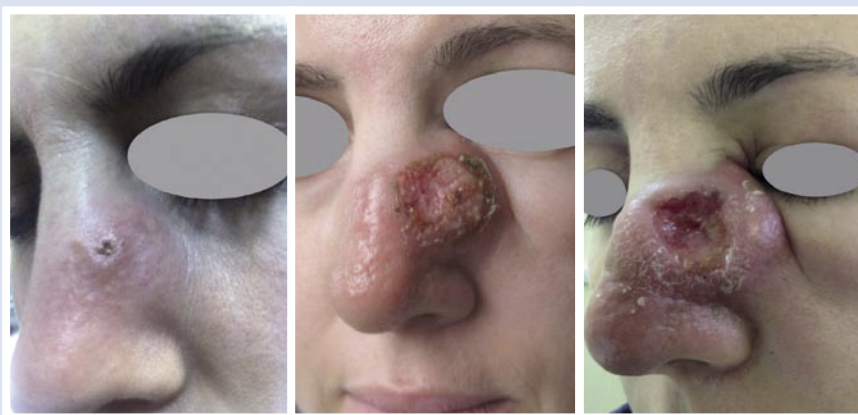


Рис. 7–9. Клинические проявления поражения кожным лейшманиозом.

1. Липосомальный амфотерицин В: 3–5 мг/кг – суточная доза в течение 3–5 дневного периода до суммарной дозы 15 мг/кг (А), путем инфузии, или 10 мг/кг в виде однократной дозы, путем инфузии (А)
2. Комбинации (совместно вводимые лекарства) (А)
 - липосомальный амфотерицин В (5 мг/кг путем инфузии, однократная доза) плюс милтефозин (ежедневно в течение 7 дней, как указано ниже)
 - липосомальный амфотерицин В (5 мг/кг путем инфузии, однократная доза) плюс паромомицин (ежедневно в течение 10 дней, как указано ниже)
 - милтефозин плюс паромомицин, оба ежедневно в течение 10 дней, как указано ниже
3. Дезоксихолат амфотерицина В: 0,75–1,0 мг/кг в день, путем инфузии, ежедневно или через день, 15–20 доз (А)
4. Милтефозин: для детей в возрасте 2–11 лет, 2,5 мг/кг в день; для лиц ≥ 12 лет и весом < 25 кг, 50 мг/день; масса тела 25–50 кг, 100 мг/день; масса тела > 50 кг, 150 мг/день; перорально, в течение 28 дней (А)

Рис. 10. Схема лечения кожного лейшманиоза.

Данное клиническое наблюдение потребовало провести дифференциальную диагностику с вирусным поражением, паразитарными заболеваниями, реакцией на инородное тело, саркоидной реакцией, аллергией, опухолью. Примечательно, что накануне заболевания пациентка отдыхала в Турции — районе, эндемическом по кожному лейшманиозу.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н., Львов А.Н. Зоонозный кожный лейшманиоз: исторический экскурс и клиническое наблюдение // Клиническая дерматология и венерология. — 2015. — №3. — С.41-50. [Potekaev NS, Potekaev NN, L'vov AN. Zoonoznyj kozhnyj leishmanioz: istoricheskij ekskurs i klinicheskoe nablyudenie. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2015; 3: 41-50 (In Russ).]
2. Тихоновская И.В., Адашкевич В.П., Мяделец В.О. Кожный лейшманиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение // Вестник ВГМУ. — 2016. — Том 15/ — №3. — С.69-77. [Tihonovskaja IV, Adaskevich VP, Mjadel'ec VO. Kozhnyj leishmanioz: etiologija, klinika, diagnostika, lechenie // Vestnik VGMU. 2016; 15(3): 69-77. (In Russ).]

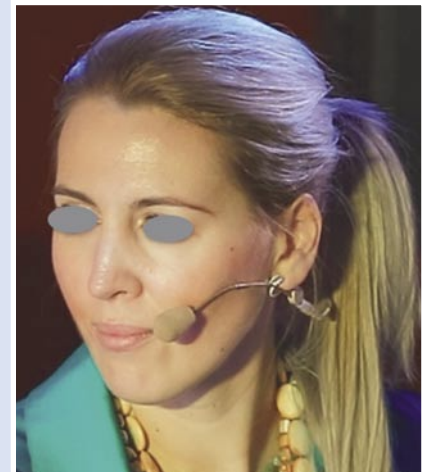


Рис. 11. Вид пациентки после проведенного лечения по поводу кожного лейшманиоза.

3. Заславский Д.В., Андреев Е.М., Александрова И.Ю. Кожный лейшманиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение // Вестник дерматологии и венерологии. — 2014. — №5 — С.91-95. [Zaslavskij DV, Andreev EM, Aleksandrova IJu. Kozhnyj leishmanioz: etiologija, klinika, diagnostika, lechenie. Vestnik dermatologii i venerologii. 2014; 5: 91-95 (In Russ).]
4. Meires CB, Maia ZCh, Soares GC. Atypical presentations of cutaneous leishmaniasis: A systematic review. Acta Tropica. 2017; 172(1): 240-254.