

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЛЕЙШМАНИОЗА

Гафаров М.М., Мустафина Г.Р., Опенченко А.Д., Гафаров Т.М.

ФГБОУ ВПО “Башкирский государственный медицинский университет”,
Минздрава России, г. Уфа, Россия.

Аннотация: В данной работе анализировался клинический случай зоонозного остронекротизирующегося сельского типа лейшманиоза. Завезенного в следствии туристической поездки в Тунис, где пациентка путешествовала по местам съемок фильма «Звездные войны». Участвовала в экскурсиях по пещерам. Жила в отеле со свободным доступом на природу, и подвергалась укусам mosquitos. По возвращении в Башкирию, появились язвы на верхних конечностях и на туловище. Больная проводила лечение мазью с антибиотиками. По приезду по совету дерматолога безуспешно лечилась с диагнозом пиодермия, через 5 месяцев больная обратилась на консультацию к профессору М.М. Гафарову и с диагнозом кожный лейшманиоз была госпитализированна в 1 отделение ГАУЗ РКВД №1. Проведенное этиопатогенетическое лечение привело к выздоровлению.

Ключевые слова: лейшманиоз, сельский (остронекратизирующийся) тип, болезнь Боровского, пендинская язва.

ERRORS IN DIAGNOSIS AND ATYPICAL COURSE OF LEISHMANIASIS

Gafarov M.M., Mustafina G.R., Openchenko A.D., Gafarov T.M.

FGBOU HPE "Bashkir State Medical University",
Ministry of Health of Russia, Ufa, Russia.

Abstract: In this paper, the clinical case of a zoonotic acute necrotizing rural leishmaniasis was analyzed. Introduced in the course of a tourist trip to Tunisia, where the patient traveled to the locations of. I participated in excursions to caves. She lived in a hotel with free access to nature, and was bitten by mosquitoes. Upon returning to Bashkiria, ulcers appeared on the upper limbs and on the trunk. The patient was treated with ointment with antibiotics. Upon arrival, on the advice of a dermatologist, I was unsuccessfully treated with a diagnosis of pyoderma, after 5 months the patient turned to a consultation with Professor M.M. Gafarov and with the diagnosis of cutaneous leishmaniasis was

hospitalized in the 1st department of the GAZU RKVD No.1. The conducted etiopathogenetic treatment led to recovery.

Key words: leishmaniasis, rural (acute-cauterizing) type, Borovsky's disease, pendin ulcer.

Актуальность. Кожный лейшманиоз – это протозойное инфекционное заболевание. Оно характеризуется поражением кожных покровов. Паразиты, являющиеся возбудителями этой болезни, передаются трансмиссивным путем, то есть в основном через укусы кровососущих насекомых. В отечественной медицинской практике эта паразитарная инфекция известна как болезнь Боровского. Первое подробное описание кожного лейшманиоза произвел в 1745 г. английский врач Роскок, он обнаружил данное заболевание у местных жителей Сирии. В связи с колонизацией стран Африки, Азии и Ближнего Востока заболевание приняло массовый характер у европейских военных, что и привлекло повышенное внимание врачей. В 1889 году Ташкенский военный врач П.Ф. Боровский обнаружил и полностью описал возбудителя болезни, и отнес его к группе простейших. В 1940 году П.В. Кожевников и Н.И. Латышев выделили две формы кожного лейшманиоза: поздноизъязвляющийся и остронекротизирующий. Различают кожные лейшманиозы Старого Света (антропонозный, зоонозный, суданский) и Нового Света (перуанский, венесуэльский, Восточно-африканский висцеральный лейшманиоз и др.). Данное заболевание для нашего региона является не типичным и зачастую представляет трудности в диагностике.

Цель работы. Описать клиническую характеристику данного заболевания, провести дифференциальную диагностику с хронической пиодермией, и подобрать эффективные методы лечения.

Материалы и методы. Материалом послужила история болезни пациентки, находящейся в стационаре ГАУЗ РКВД №1. Был исследован клинический случай кожного остронекротизирующегося случая лейшманиоза, в ходе которого собран анализ болезни, данные объективного исследования, описан St. Localis, обсуждены результаты общеклинических, бактериологических, гистологических и специфических анализов, проведена дифференциальная диагностика с другими заболеваниями кожи, рассмотрена эффективность диагностики.

Результаты и обсуждения. Мы наблюдали пациентку Н. 49 лет, с диагнозом: Кожный лейшманиоз (B55.1). Больная предъявляла жалобы на открытые очаги изъязвлений находящиеся в области плеча, предплечья, и поясницы. Жалобы на общую слабость, боль, зуд и отделяемое из пораженных участков. Заболевание началось в октябре 2017 года, пациентка Н., уроженка Башкирии, г. Уфа. Она в сентябре 2017 года находилась в туристическом путешествии по Тунису. Путешествовала по местам съемок

фильма “Звездные войны”, находилась в тропических лесах, побывала в пещерах, жила в отелях в которых есть открытые лоджии, и полный доступ к окружающей среде, где обитают москиты. Вернулась в Уфу 11.10.2017 года, и через 10 дней обнаружила изменения на коже. Началось заболевание с появлением бугорка на левом плече, бугорок был гиперемирован, отчетливо было видно место укуса, жалобы на зуд и умеренную чувствительность. Позже бугорок вскрылся, изъязвление имело размеры примерно 2х2 мм, отдаленно напоминало кратер. Гиперемия, зуд, нарушение ночного сна привели данную пациентку в РКВД ГАУЗ на Индустриальном шоссе. Дерматологом 8.12.2017 года был выставлен диагноз пиодермия и назначено лечение: обработка дез. раствором и мазь аргосульфам 2%, использовала на протяжении 10 дней. Перед новым годом больная обратилась в частную клинику «Парацельс», где с помощью электронной биофункциональной органометрии были обнаружены *Leishmania Tropica Major*. Больная самостоятельно обратилась в инфекционную больницу №4 и была госпитализирована 11.01.2018, где так же с диагнозом пиодермия получила лечение обработкой раствором дерината, и мазью клотримазол. От проведенной терапии улучшения не наблюдалось и после выписки и больницы она поехала отдыхать в ОАЕ, где активно отдыхала, купалась и загорала. Там же по рекомендации знакомых применила китайские мази «Король кожи» и «999». На фоне предыдущей терапии и применения китайских мазей, существенно снизился болевой синдром, прекратился зуд, не смотря на проводимую терапию язвы не разрешались. 1.03.2018 г. пришла на прием к профессору, д.м.н. М.М. Гафарову в ГАУЗ РКВД №1.

Status localis на момент осмотра.

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное, походка ровная. Телосложение нормальное, соответствует полу и возрасту. Гиперстеническая конституция. Температура 37,2°C. Кожа смуглая, дермографизм розовый, чистая, теплая, нормальной влажности, средней толщины, тургор в норме. Патологический процесс на коже носит четко ограниченный характер, локализуется на коже плеча, предплечья и поясницы. Процесс представлен округлыми и неправильной формы язвами с неровным дном и обильным серозно-гнойным экссудатом, ссыхающимся в слоистые плотные корки. Размер язв колеблется от 1 до 5 см как в длину, так и в ширину, с изъеденными краями. В окружности сформирован инфильтрат розовато – синюшного цвета, за которым прощупываются тяжёлые воспаленные лимфатические сосуды и так называемые четки вторичных лейшманиом.

Результаты обследования. Общий анализ крови (5.03.2018 г.): лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,73 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 146 г/л, тромбоциты – $265 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 0, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 2, лимфоциты – 28,9, СОЭ – 24 мм/ч. Биохимический

анализ крови (5.03.2018 г.): Креатинин - 92 мкмоль/л, Глюкоза - 5,12 ммоль/л, Холестерин - 4,7 ммоль/л, АСТ – 19, АЛТ – 21, белок - 73,8 г/л, С – реакт. Белок – 0,62 мг/л, общий билирубин - 5,5 мкмоль/л. Общий анализ мочи (5.03.2018 г.) рН 5,0, прозрачная, желтая, удельный вес – 1025; белок, сахар, уробилиноген, лейкоциты, эритроциты, кетоны, нитраты – отрицательно. (показатели в норме). Исследование на Ig A, G, M в норме. Исследование на наличие лейшманиоза в очагах. Лейшманий в отделяемом язв не было обнаружено, что по видимому связано с предшествующей проводимой терапией. Исследование крови на ИФА (сумм.) 6,8 + (5.03.2018 г.)*, ВИЧ (-). При взятии мазка из язв для окраски по Романовскому-Гимзе возбудителей не выявлено.

Дифференциальная диагностика. Кожный лейшманиоз сельского типа напоминает и может протекать по типу хронической язвенной пиодермии, однако наряду с этим имеет множество отличительных черт. Хроническая язвенная пиодермия (хроническая пиогенная язва) локализуется преимущественно на голенях. Чаще всего ей предшествует фурункул или эктима. У ослабленных больных язвы, образующиеся при этих заболеваниях, теряют тенденцию к заживлению и приобретают длительное, торпидное течение. Дно их покрыто вялыми грануляциями, края слегка инфильтрированы, застойно гиперемированы, пальпация болезненна. В ряде случаев хронические пиогенные язвы увеличиваются в размерах и сливаются одна с другой. Очаг поражения постепенно разрастается в том или ином направлении, одновременно рубцуясь в центральной части (серпигинозно-язвенная пиодермия). Иногда пиогенная язва, локализуясь на половых органах, красной кайме губ, веках, настолько напоминает твердый шанкр (шанкриформная пиодермия), что исключить диагноз первичного сифилиса удастся лишь после многократного лабораторного обследования больного.

Обсуждение результатов лечения. В связи с пребыванием в эпидемических очагах инфекции и наличием в анамнезе укусов mosquitos, обнаружены *Leishmania Tropica Major* биофункциональным методом, был назначен комплекс этиотропной терапии кожного лейшманиоза следующими препаратами:

1. Sol. Gentamicini 4% - 3 ml x 1 p/день №10,
2. Sol. Cycloferoni 125 - 3 ml 1 p/день №7,
3. caps. Fosfogliv 1 капс x 3 p/день №14,
4. caps. Retinoli acidi 33000 1 капс 3 p/день №5.

Лечение проходило на протяжении 21 дня, по истечении которых очаги активно эпителизировались, на месте язв остались атрофические рубцы, больная была выписана под наблюдение дерматолога.

Выводы: как показывают клинические наблюдения больная с диагнозом кожный лейшманиоз сельского типа, получала неадекватное

лечение по поводу хронической пиодермии, что привело к длительному течению заболевания. Следует отметить недостаточные знания врачей, что может привести к ошибкам диагностики, которые в свою очередь могут привести к серьезным осложнениям как диссеминация очага инфекции. Следует учесть, что данное заболевание напоминает и протекает по типу хронической язвенной пиодермии. Однако является самостоятельной нозологической единицей и в практике дерматовенеролога и врача инфекциониста имеет место быть.

Ошибку диагностики можно обосновать тем что изъязвленные очаги лейшманиом появившиеся на коже в октябре 2017 года, а на прием пациентка попала спустя 5 месяцев. Врачом ошибочно были приняты за хроническую пиодермию в связи с поздним обращением пациента к врачу и так же предшествующем самолечением проводимым больной и исчезновением возбудителя заболевания в отделяемом язв. Отделяемое для проведения окраски брали из очагов, которые подвергались терапии, а для достоверной диагностики лаборанту следовало бы вскрыть новый бугорок и взять отделяемое из него. Ко всему нужно учесть что в эти 5 месяцев пациентка получала наружную антибактериальную антимикотическую терапию , что и привело к атипическому течению заболевания.

Список литературы

1. Ходукин Н.И. П.Ф. Боровский (к 50-летию открытия возбудителя кожного лейшманиоза) // Медицинская паразитология и паразитарные болезни - 1949, - Т.18, №1.
2. Тищенко Л.Д., Хаддад С.М., Траоре С.М., Тищенко А.Л., Шабути Б.С. Особенности выявления и лечения кожного лейшманиоза в некоторых Арабских странах // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина» - 1999. №1. - С. 60-64.
3. Белкин Б.Г., Касьянов В.И. К вопросу об озлакачивании кожного лейшманиоза // Вестн. дерматол. - 1985; 4; - С. 40-43.
4. Курдина М.И. Случай бугоркового лейшманиоза // Рос. журн. кожн. и вен. бол. - 2001; 3: - С. 27-29.
5. Мошкиллейсон Л.Н. Инфекционные и паразитарные болезни кожи - М.: Медицина, - 1965.
6. Melby P.C. et al. Cutaneous leishmaniasis; review of 59 cases seen at the National Institute of Health // Clin. Infect. Dis. - 1992; 15: - P. 924-937.
7. Hoqer P. Kinderdermatologie - 2013; - P. 404-405.
8. Paller A.S., Mancini A.J. Hurwitz // Clinical Pediatric Dermatology - 2011; - P. 346-347.

© Гафаров М.М., Мустафина Г.Р., Опенченко А.Д., Гафаров Т.М., 2018.