КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У ДЕТЕЙ

© *Хаитов Кахрамон Нажмитдинович, Абидов Хасанходжа Алишерович*

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан 100140, город Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол, 223 e-mail: mail@tashpmi.uz

Ключевые слова: кожный лейшманиоз, клиническое течение, симптомы, рубец.

Введение. Лейшманиоз — широко распространенная эндемичная трансмиссивная болезнь, свойственная странам с жарким и теплым полупустынным климатом, проявляющаяся преимущественно поражением кожи. 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. Кожный лейшманиоз (КЛ) является наиболее распространенной формой лейшманиоза и вызывает повреждения кожи, главным образом язвы, на открытых участках тела, после которых на всю жизнь остаются рубцовые изменения и ощущение косметической неполноценности.

Цель исследования. Оценить клиническое течение кожного лейшманиоза у детей.

Материалы и методы.исследования. Было исследовано 54 пациента с кожным лейшаниозом, получавших амбулаторное и стационарное лечение в Ташкентском областном кожно-венерологическом диспансере с июня 2018 года по февраль 2019 года. Диагноз был подтвержден микроскопической визуализацией амастигот лейшмании из мазка с пораженного участка кожи.

Результаты. Во всех клинических случаях (100%) диагноз подтвердился положительным результатом мазка из пораженного участка кожи. Исследуемая популяция варьировалась от 6 до 18 лет (средний возраст — 12), а наиболее затронутая возрастная группа составляла 8–14 лет. 57,4% исследованных больных были мужчинами, 42,6% исследованных составили женщины. Большинство больных (76%) проживали в южных областях (Джиззак, Бухара, Кашкадарья, Сырдарья) страны с сухим полупустынным климатом. Клинически у больных отмечались высыпания в виде эритем (94%), папул, узлов, язв (91.5%) и лимфаденопатий (72%). Количество очагов варьировалось от 1 до 6. Наиболее часто встречался 1 очаг поражения (в 70,3% случаев). У 16 больных (29,7%) были отмечены множественные высыпания. Элементы поражения преимущественно (87%) располагались в области лица. Высыпания на руках были характерными для 46,3% больных. Поражение кожного покрова на ногах было отмечено у 27,7% пациентов. Наличие элементов сыпи на коже груд и живота было обнаружено в 12,9% случаях. Патогномоничные симптомы кожного лейшманиоза «бугорки сателлиты» (68,5%), симптом «рыбьей икры» (24%) и симптом «чёток» (35,2%) были характерными для клинического течения заболевания у исследованных больных. Длительность заболевания у 28 (51,8%) больных составил от 8 месяцев до 1,5 лет. У 3 (5,56%) больных заболевание длилось от 3 до 5 лет. 23 больных (42,6%) не смогли точно указать сроки начала заболевания. Заражение больных чаще происходило в летне-осенний период, а максимальное число заболевших с клиническими проявлениями мы наблюдали в октябре месяце — 55,6% случаев.

Заключение. Таким образом, в последние годы отмечается тенденция роста заболеваемости кожным лейшманиозом среди детей. Это, в свою очередь, вызывает обеспокоенность среди врачей практического звена здравоохранения, в особенности, в отдаленных районах Республики с сухим климатом.