

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ ЁНДАШУВ

Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

NEW APPROACH IN THE TREATMENT OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS

R.M. NARZIKULOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Применение нового комплексного метода лечения во всех типах кожного лейшманиоза способствовало быстрому купированию воспалительных явлений в очаге и формированию рубцов в более короткие сроки.

Ключевые слова: *кожный лейшманиоз, глюкантим.*

Application of the new complex method of treatment for all types of cutaneous leishmaniasis contributed to the rapid relief of inflammation in the outbreak and scar formation in a shorter time.

Key words: *cutaneous leishmaniasis, glyukantim.*

Актуальность проблемы. В настоящее время в лечении больных кожным лейшманиозом, применяется ряд антибиотиков способных оказывать прямое противопаразитарное действие (метациклин, канамицин, тетрациклин, метронидазол, низорал и др.).

Однако данные препараты по данным наших исследований не обладают достаточной эффективностью и являются высокотоксичными.

Современные зарубежные исследователи в своих работах показали, высокую эффективность глюкантима при кожном лейшманиозе. Этот препарат - противолейшманиозное средство получен из сурьмы и является малотоксичным препаратом. За рубежом этот препарат применяется в больших дозах (суточная доза составляет 60 мг/кг массы тела).

Учитывая вышеизложенных данных, оптимизация и изыскание новых методов введение препарата является важным. В связи с этим нами было предпринята попытка включить глюкантим и иммунокорегурующий препарат гепон в комплексное лечение кожного лейшманиоза и провести исследование на клиническую эффективность и безопасность данных препаратов.

Материалы и методы. Исходный контингент больных был сформирован из числа пациентов городского и областного кожно-венерологических диспансеров г. Самарканда и НИИ Паразитологии МЗ Узбекистана.

Диагноз с различными типами и осложнениями кожного лейшманиоза подтверждался в соответствии с диагностическими критериями.

Под нашим наблюдением находилось 24 больных кожным лейшманиозом в возрасте от 16 до 62 лет. Из них мужчин-16 (66,7%), женщин-8 (33,3%). Давность заболевания составляла от 2 недель до 8-месяцев. Среди 24 наших больных было у 16 (66,7%) больных сельский (зоонозный или остронекротизирующий) тип, у 2 (8,3%) - больных диффузно-инфильтративный и у 6 (25%) больных городской (антропонозный или поздно изъязвляющийся) тип кожного лейшманиоза. Очаги лейшманиом

локализовались на коже у 2 (8,3%) больных - в области лица; у 3 (12,5%) - на коже плеча; у 5 (20,8%) - на коже предплечий; у 3 (12,5%) - в области голени и у 3 (12,5%) - больных на коже живота и спины у мужчин а у женщин на коже шеи у 2 (8,3%) больных; на коже лица у 1 (4,2%); на коже плеча у 2 (8,3%); на коже предплечий у 2 (8,3%) больной и на коже тыльной поверхности стопы у 1 (4,3%) - больной. У 13 (54,2%) - больных очаги поражения находились на коже лица, плеча, шеи, предплечий, голени и характеризовались появлением одиночных глубоких язв диаметром от 3-х до 12 сантиметров. Край язвы были окружены воспалительным приподнятым валиком.

У основании очага отмечалось плотный мощный инфильтрат. У всех больных на дне язвы отмечались беловато-серый или гнойный налет и розовые сосочковые зернистые разрастания, напоминающие рыбью красную икру.

У 11 (45,8%) - больных очаги лейшманиом находились на коже спины, предплечий, голени, тыльной поверхности стопы, и состояли из 2-х и более поверхностных язв, размером от 1-ного до 5-сантиметров в диаметре округлой или овальной формы с фестончатыми краями. У 8 (33,3%) - больных отмечался лимфаденит и у 6 (25%) - больных регионарный лимфаденит.

Диагноз с различными типами и осложнениями кожного лейшманиоза подтверждался лабораторно (бактериоскопическим и бактериологическим методами).

Больным с одиночным очагом зоонозного кожного лейшманиоза проводили обкалывание вокруг очагов раствором глюкантима из расчета 20 мг на кг веса. 1-й раз. день. 10 дней. Через 12 часов после инъекции глюкантима обкалывали в основание очагов раствором гепон 1мг. 1-й раз. день. 10 дней. Помимо этого в течении 10 дней больные получали лидазу 64 ЕД. в.м. 1-й раз. день.

Больным с антропонозным, диффузно-инфильтративным и множественными лейшманиомами

кожного лейшманиоза проводили обкалывание вокруг очагов раствором глюкантима из расчета 20 мг на кг веса. 1р.в. день. 15 дней. Через 12 часов после инъекции глюкантима обкалывали в основание очагов раствором гепон 1мг. 1р.в. день. 10 дней. Помимо этого в течении 15 дней больные получали лидазу 64 ЕД. в.м. 1р.в. день.

Эффективность данного метода оценивали клинико-лабораторными исследованиями.

Результаты и обсуждения. Через 3- дня после начатого лечения воспалительный инфильтрат начал регрессироваться. При осмотре язвы мы натолкнулись на любопытные наблюдения. Края язвы у большинства больных были выворочены кнаружи. К 7- дню признаки лимфангита исчезли полностью.

К 10- дню инфильтрат в очагах поражения резко уплостился. Размер язвы по прежнему был без изменения. Лимфатические железы не прощупались.

Полное рассасывание инфильтрата и формирование рубцов в очаге наступило у 19 больных к 18 дню лечения. Только у 5- больных с множественными очагами поражения и диффузно- инфильтративной формой кожного лейшманиоза клиническое выздоровление наступило к 30- дню.

Выводы: Таким образом, применение нового комплексного метода лечения во всех типах кожного лейшманиоза способствовало быстрому купированию воспалительных явлений в очаге и формированию рубцов в более короткие сроки.

Литература:

1. Ashford R.W., Bray M.A., Hutchinson M.P., Bray R.S. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Ethiopia. Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1973» 4, p.568-601.
2. Campbell B.H. An equeeduct as a potential barrier to the movements of small mammals. Southwest.Natur.,1981, I, p.84-85.
3. Chaniotis B.N., Oorrea M.A., Tesh R.B., Johnson K.M. Horisontal and vertical movements of phlebotomine sandflies in Pa-namian forest. J.Med.Ent., 1977» 3, p.369-375
4. Dobzhansky Th. Mendelian populations and their evolution.
5. Amer.Natur., 1950, 819, p.401-418.
6. Beitz., 19Ы, 5-4, p.265-269.
7. Grulich I. Savci a zemnistavby v kulturocenozach. Quaestiones geobiological. Problemy biologie Krajini, 24-/25» Bratislava, 1980, p.205.
8. Jonkers L.N.M. The concept of population biology. Actabiotheor.,ser.A, 1975,2 , p.78-108.
9. Killick-Kendrick R. Recent advices and outstanding problemsin the biology of phlebotomine sandflies. Acta-Tropica, 1978, p.297-515.
10. Killick-Kendrick R. Marking sandflies with fluorescent powders. Synrp. Proc. Med. Ent. Roy.Soc. Trop. Med. Hyg.,London, 1978, p.152.
11. Marett P.J. A note on the capture of a Phlebotomus pernicious male in Jersey. ~ C.I. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 1925, p.267.