



## ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

Махмудов Фарход Ахмедович

<https://orcid.org/0009-0008-4690-0924>

Бухарский государственный медицинский институт имени  
Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. Гиждуванская  
23. Тел: +998 (65) 223-00-50

e-mail: [maxmudov.farxad@bsmi.uz](mailto:maxmudov.farxad@bsmi.uz)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15479721>

### ARTICLE INFO

Received: 15<sup>th</sup> May 2025

Accepted: 19<sup>th</sup> May 2025

Published: 21<sup>st</sup> May 2025

#### KEYWORDS

Кожный лейшманиоз,  
клиническая форма, лимфангит,  
лимфаденит, осложненный.

### ABSTRACT

*По распространенности лейшманиоз занимает первое место среди заболеваний паразитарной этиологии. Эпидемиологические исследования показали, что кожный лейшманиоз характеризуется определенной сезонностью. Поскольку комары чаще всего кусают открытые участки кожи у пациентов, раны возникают и на этих участках, а наша статистика показывает, на каких участках тела эти раны возникают чаще всего. Однако перед началом лечения пациента необходимо определить клиническую форму лейшманиоза, локализацию и количество поражений.*

### Актуальность

Лейшманиоз, одна из наиболее забытых тропических болезней, является третьей по значимости трансмиссивной болезнью в мире. Это заболевание имеет глобальные последствия и серьезность инфекции и наиболее распространено на Ближнем Востоке. Возбудителем инфекции является простейший паразит рода *Leishmania*, который обычно передается кровососущими самками moskitov. Также в ряде стран мира их называют кожный лейшманиоз Старого Света – болезнь Боровского, кожный лейшманиоз Нового Света – американский кожный лейшманиоз, кожно-слизистый лейшманиоз – эспундия, висцеральный лейшманиоз – кала-азар, алеппский фурункул, восточная язва, иерихонская роза, лесная фрамбезия, лихорадка думдум и др.). Лейшманиоз — одно из наиболее распространенных заболеваний в тропических странах. Поражены все континенты, кроме Австралии (3,6,7). Лейшманиоз проявляется клинически различными заболеваниями, проявляющимися как кожный (КЛ), кожно-слизистый (КСЛ) или висцеральный лейшманиоз (ВЛ). Будучи серьезной забытой тропической болезнью (ЗТБ), зоонозом и инфекцией, передающейся переносчиком, лейшманиоз чрезвычайно трудно поддается контролю в развивающихся странах (2,4,8). По подсчетам ВОЗ, заболеваемость составляет 700 000–1 000 000 пациентов в год и 20 000 30 000 смертей. В отличие от зарегистрированной заболеваемости другими ЗТБ, заболеваемость лейшманиозом растет, скорее всего, из-за улучшения доступа к диагностике и лечению. Более 90% от общего числа больных лейшманиозом

в мире приходится на шесть стран: Бразилию, Эфиопию, Индию, Сомали, Южный Судан и Судан (1,9). Лейшманиозы встречаются в 98 странах мира. Из них 72 страны относятся к развивающимся странам, а 13 являются беднейшими в мире. Лейшманиозы, к сожалению, плохо распознаются и диагностируются, поэтому многие случаи остаются нераспознанными. В связи с этим можно предположить, что в эндемичных районах заболеваемость выше, чем регистрируется на практике. Лейшманиоз обычно рассматривают как болезнь населения тропических и субтропических регионов, развивающихся бедных стран (5,10,11).

**Цель исследования:** изучение локализации язв у больных кожным лейшманиозом

### Материал и метод исследования

Для наблюдения были отобраны 110 больных зоонозным кожным лейшманиозом, госпитализированных из разных районов Бухарской области. Диагноз зоонозный кожный лейшманиоз устанавливали при первичном обращении на основании анамнеза, клинической картины, физикального осмотра и анализа лабораторных показателей. Все исследуемые больные проходили обследование и лечение в областном кожно-венерологическом диспансере.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли методами вариационной статистики с применением пакета прикладных программ Statistica for Windows. Цифровые данные обработали на персональном компьютере PC с использованием памяти прикладных программ Microsoft Excel.

### Результат и обсуждение

После анализа площади язвенных поражений, было решено также исследовать места их локализации, поскольку распределение язв при ЗКЛ может значительно варьироваться и иметь разный клинический эффект. Важно было изучить, какие области тела чаще всего поражаются при данном заболевании. Данные по локализации язв были распределены по категориям, что позволило выявить основные участки поражения. Результаты исследования представлены в таблице где подробно указаны области тела, подвергшиеся язвенным поражениям.

#### Локализация язвенных поражений

Клиническая форма	Верхняя конечность		Нижняя конечность		Туловище		Голова	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I (n= 43)	23	20,9	19	17,3	2	1,81	11	10
II (n= 42)	17	15,5	24	21,8	3	2,72	13	11,8
III (n=11)	7	6,36	7	6,36	1	0,91	2	1,82
IV (n=14)	10	9,09	9	8,18	-	-	2	1,82
<b>Итого (n= 110)</b>	<b>57</b>	<b>51,8</b>	<b>59</b>	<b>53,6</b>	<b>6</b>	<b>5,45</b>	<b>28</b>	<b>25,5</b>

Из данных таблицы следует, что язвы КЛ у большинства пациентов были преимущественно расположены на коже верхних конечностей — у 57 пациентов (51,8%) и на нижних конечностях — у 59 пациентов (53,6%). Эти показатели значительно превышают частоту появления язв на других участках тела, что может быть связано с большей подверженностью конечностей укусам москитов, переносчиков инфекции.

Локализация лейшманиом тесно связана с укусами москитов, которые обычно кусают человека на открытых участках кожи. Наиболее подверженными поражению зонами являются лицо и конечности, так как эти области чаще всего остаются открытыми, особенно в ночное время, когда москиты наиболее активны. Важно отметить, что москиты кусают людей преимущественно во время сна, и те участки кожи, которые остаются незащищенными одеждой или простынями, оказываются более уязвимыми для укусов и, соответственно, для развития лейшманиозных язв.

Таким образом, география поражения во многом определяется бытовыми привычками и образом жизни местного населения. Люди, спящие без постельного белья или в легкой одежде, чаще подвергаются риску заражения.

В клинической практике стоит уделить особое внимание локализации лейшманиомы, так как она оказывает значительное влияние на характер и течение заболевания. На нижних конечностях, особенно в области голеностопного сустава, поражение часто сопровождается осложнениями, такими как отек тканей и узловатый лимфангит. Эти воспалительные процессы в лимфатических сосудах могут приводить к болезненности, отекам и ограничению подвижности. Лимфаденит, который проявляется воспалением лимфатических узлов, чаще всего наблюдается на голенях, хотя в редких случаях может поражать и бедра. Важно отметить, что эти осложнения замедляют заживление язв и ухудшают общий прогноз течения заболевания.

При локализации язв на коже нижних конечностей, очаги поражения часто характеризуются обильным количеством гнойных выделений, что свидетельствует о наличии активного воспалительного процесса. Воспаление, сопровождаемое выраженным лимфангитом, проявляется расширением и болезненностью лимфатических сосудов, что усугубляет состояние пациента и замедляет процесс заживления язв.

Лимфаденит, который является воспалением лимфатических узлов, часто добавляется к общей клинической картине КЛ, вызывая значительное увеличение и болезненность лимфоузлов в близлежащих областях. Поражение верхних конечностей наблюдается у 20-50% больных, и наиболее часто встречается на предплечье. Реже очаги располагаются на кистях рук, а еще реже — на плечах. Ладони поражаются крайне редко, что, вероятно, связано с анатомическими особенностями этой области, которая менее подвержена укусам москитов.

Согласно мнению Абидовой З.М. и соавторов, локализация на коже верхних и нижних конечностей, с учетом характера сосудистой и лимфатической систем, приводит к соответствующим осложнениям, например развитие лимфангитов и лимфаденитов, которые и обуславливают специфичность клинических проявлений осложненных форм КЛ

У 28 (25,5%) пациентов с ЗКЛ язвы располагались в области головы, что особенно опасно из-за высокой плотности сосудов и нервов в этой части тела. При локализации лейшманиоза на коже лица заболевание протекает с выраженной агрессией, когда язвы формируются достаточно быстро и достигают значительных размеров за короткий промежуток времени. Язвы обычно характеризуются подрытыми фестончатыми краями, которые углубляются в слои кожи, вызывая сильные деструктивные изменения тканей. Эта локализация особенно чувствительна с точки зрения эстетических последствий, поскольку поражения лица могут приводить к значительным косметическим дефектам и требуют более длительного лечения.

Лейшманиомы на щеках, из-за их значительной площади, встречаются особенно часто и могут принимать распространённые формы. В этих случаях наблюдаются диффузные инфильтраты, которые захватывают значительные участки щеки, распространяясь на соседние ткани и органы. Поражения могут быть обширными, что усложняет лечение и

замедляет процесс заживления. Диффузные инфильтраты не только глубоко проникают в кожные слои, но и могут привести к значительным структурным изменениям. Нередко в этих зонах развиваются узловатые лимфангиты, которые сопровождаются воспалением лимфатических сосудов.

Лейшманиозные язвы, локализованные на туловище, встречались наименее часто среди всех участков тела — всего у 6 пациентов (5,45%). Однако язвы на коже туловища отличались своим размером и характером отделяемого. На спине язвы обычно были более крупными, с минимальным количеством отделяемого, что осложняло процесс заживления. В ряде случаев размеры лейшманиом на туловище могли достигать 10-15 см, что значительно превышает средние размеры язв, наблюдаемых на других участках тела.

### **Заключение**

Согласно полученной нами статистике, из 110 пациентов у 57 язвы локализовались на верхних конечностях, у 59 — на нижних конечностях, у 6 — на туловище и у 28 — на голове. Конечно, области, где возникают эти поражения, влияют на клиническую картину заболевания, и мы выбираем методы лечения соответствующим образом.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:**

1. Исмаилова Г.А. и соавт. Новые технологии в терапии кожного лейшманиоза. // Перспективы развития новых технологий в диагностике и лечении в дерматовенерологии и дерматоонкопатологии. – 2022. – С.62-64.
2. Кароматов И.Д., Такаева Ш.К. Перспективы применения лекарственных растений при лечении лейшманиоза // Биология и интегративная медицина. - 2018. - №.11. – С. 263-272.
3. Морозов, Е.Н., Кузнецов К.Ю. Молекулярная диагностика паразитарных болезней // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. – № 1. – С. 37.
4. Понировский Е.Н. и соавт. Эпидемиологическая ситуация по лейшманиозу в РФ // Медицинская паразитология. Паразитарные болезни. – 2015 - №. 3 – С. 3–6.
5. Ayhan E. et.al. Clinical and dermoscopic evaluation of cutaneous leishmaniasis // International Journal of Dermatology. – 2015. – №. 2. – P. 193-201.
6. Maxmudov, F. A., Raxmatov, O. B., Latipov, I. I., Rustamov, M. K., & Sharapova, G. S. (2021). Intravenous laser blood irradiation in the complex treatment of patients with cutaneous leishmaniasis. *湖南大学学报 (自然科学版)*, 48(9).
7. Khaitov, K. N., & Makhmudov, F. A. (2022). Significant symptoms before treatment for cutaneous leishmaniasis. *New Day in Medicine*, 7, 45.
8. Akhmedovich, M. F. (2022). Significant signs before starting treatment for cutaneous leishmaniasis. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*, 3(4), 326-330.
9. Maxmudov, F. A. The Role of Intravenous Laser Blood Irradiation in the Therapy of Patients with Skin Leishmaniasis. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 587-591.
10. Axmedovich, M. F., Samadovna, S. G., & Obidovich, S. S. (2021). Observation of immunological changes during clinical cycles of skin leishmaniasis. *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal*, 11(5), 618-622