

# ЛЕПРА

Лекция доцента, к.м.н.  
Терегуловой Г.А.

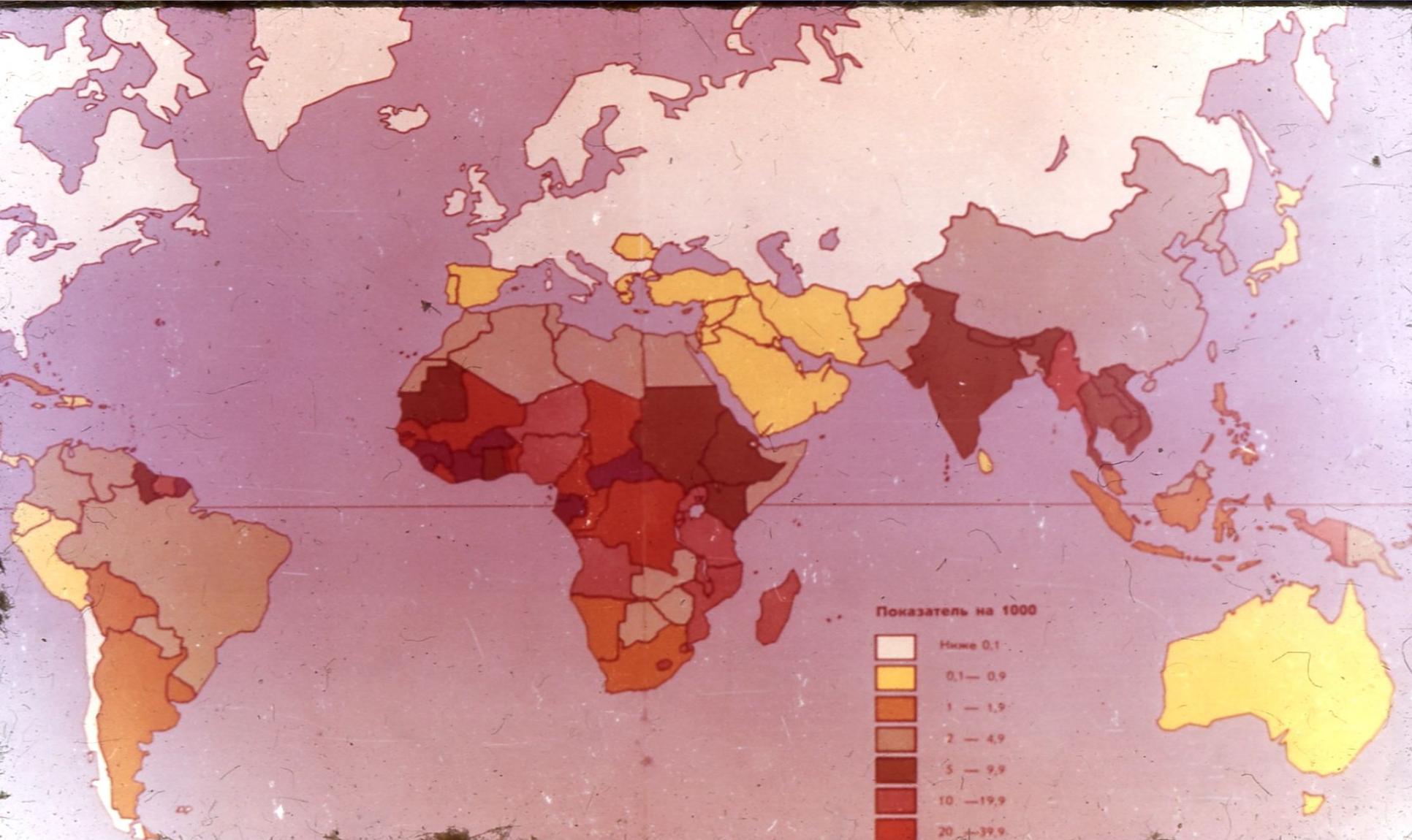
Для студентов 4 курса МПФ

# ПЛАН ЛЕКЦИИ

- Этиология лепры
- Эпидемиология лепры
- Классификация лепры
- Лепроматозный тип лепры
- Туберкулоидный тип лепры
- Недифференцированный тип лепры
- Диагностика лепры
- Лечение лепры

**Лепра (lepra)** - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями лепры, характеризующееся гранулематозным поражением кожи, слизистых верхних дыхательных путей и периферической нервной системы, а при несвоевременной диагностике – вовлечением в процесс костно-мышечного аппарата, органов зрения и внутренних органов.

# Распространение лепры в мире



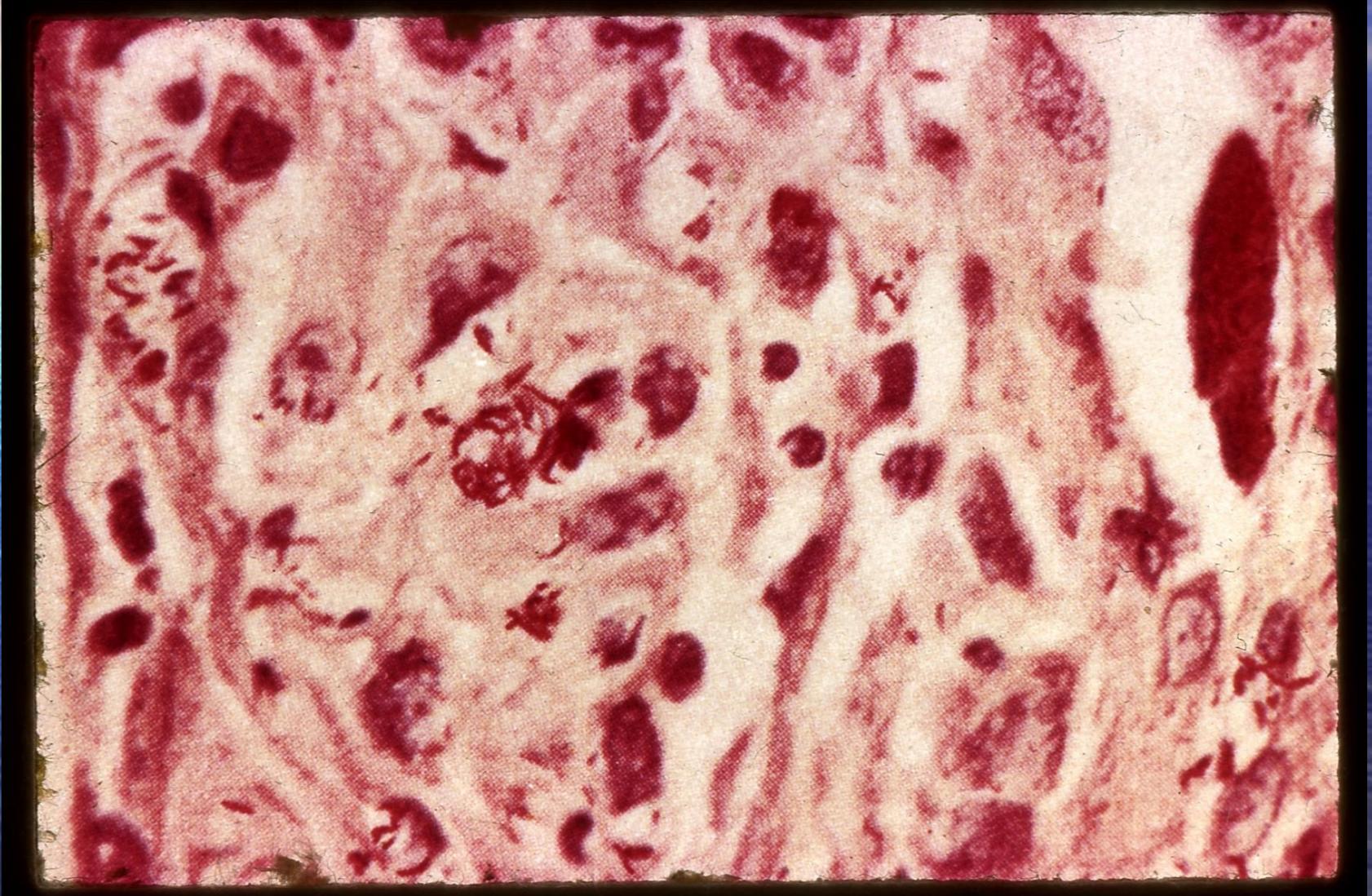
# Распространение лепры а мире

Наиболее распространена лепра в странах Азии, Африки и Южной Америки (**Индия, Нигерия, Бразилия, Индонезия, Вьетнам, Бангладеш** ). В США и странах Европы спородические случаи лепры выявляются у иммигрантов из эндемичных районов. В России и Странах СНГ эндемические очаги лепры существуют в **Каракалпакии, Казахстане, Нижнем Поволжье, на Северном Кавказе, Дальнем Востоке, в Прибалтике.**

# Этиология

Возбудителем лепры является бацилла, открытая в 1871 г. норвежским врачом G. Hansen семейства *Mycobacteriaceae*, названная *Mycobacterium Leprae hominis*. Бацилла лепры представляет собой грамположительную спирто- и кислотоустойчивую палочку, окрашивающуюся по Цилю-Нильсену, Эрлиху и анилиновыми красителями

# Микобактерии лепры в слизистой оболочке носа



# Классификация

По современной классификации (классификация Ридли-Джоплинга, 1966) выделяют следующие клинические формы лепры:

- ТТп – полярный туберкулоидный тип лепры;
- ТТс – субполярная туберкулоидная форма;
- ПТ – погранично-туберкулоидная форма;
- ПП – пограничная форма;
- ПЛ – погранично-лепроматозная форма;
- ЛЛс – субполярная лепроматозная форма;
- ЛЛп – полярный лепроматозный тип лепры;
- Н – недифференцированная форма лепры.

В практической деятельности разделяют три типа лепры:

- Лепроматозный
- Туберкулоидный
- Недифференцированный (пограничный)

В течении каждого из типов лепры возможны 4 стадии: прогрессирующая, стационарная, регрессивная и остаточных явлений

# Лепроматозный тип лепры

При лепроматозном типе лепры вначале на коже появляются нерезко очерченные, малозаметные красноватые пятна с фиолетовым или вишневым оттенком. Чувствительность (болевая, температурная, тактильная) в области этих пятен вначале не нарушается. Постепенно пятна становятся плотными. Часто образуются мощные инфильтраты. В процесс наряду с собственно кожей вовлекается и подкожная жировая клетчатка, образуются узлы (лепромы). Такие инфильтраты и узлы чаще всего располагаются на разгибательной поверхности конечностей, на лице в области лба, надбровных дуг, щек, носа. Мимика лица нарушается, либо обезображивается, принимая "свирепое" выражение ("морда льва" - *fades leonina*).

# Лепроматозный тип лепры. Лепромы на коже лица



# Лепроматозный тип лепры. Лепромы на коже лица



*Рис. 25. Лепра: лепроматозный тип.*

# Лепроматозный тип лепры. Лепромы на коже уха.



SFS

# Лепроматозный тип лепры



# Лепроматозный тип лепры



# Лепроматозный тип лепры. Лепромы на коже конечности



# Лепроматозный тип лепры. Лепромы на коже конечности



SFS

Лепроматозный тип лепры. Контрактура пальцев кисти и мутиляция пальцев.



# Лепроматозный тип лепры. «Обезьянья лапа»



# Лепроматозный тип лепры. «Обезьянья лапа»



# Лепроматозный тип лепры. Мутиляция пальцев стоп



*Рис. 27.* Лепра: мутиляция стоп.

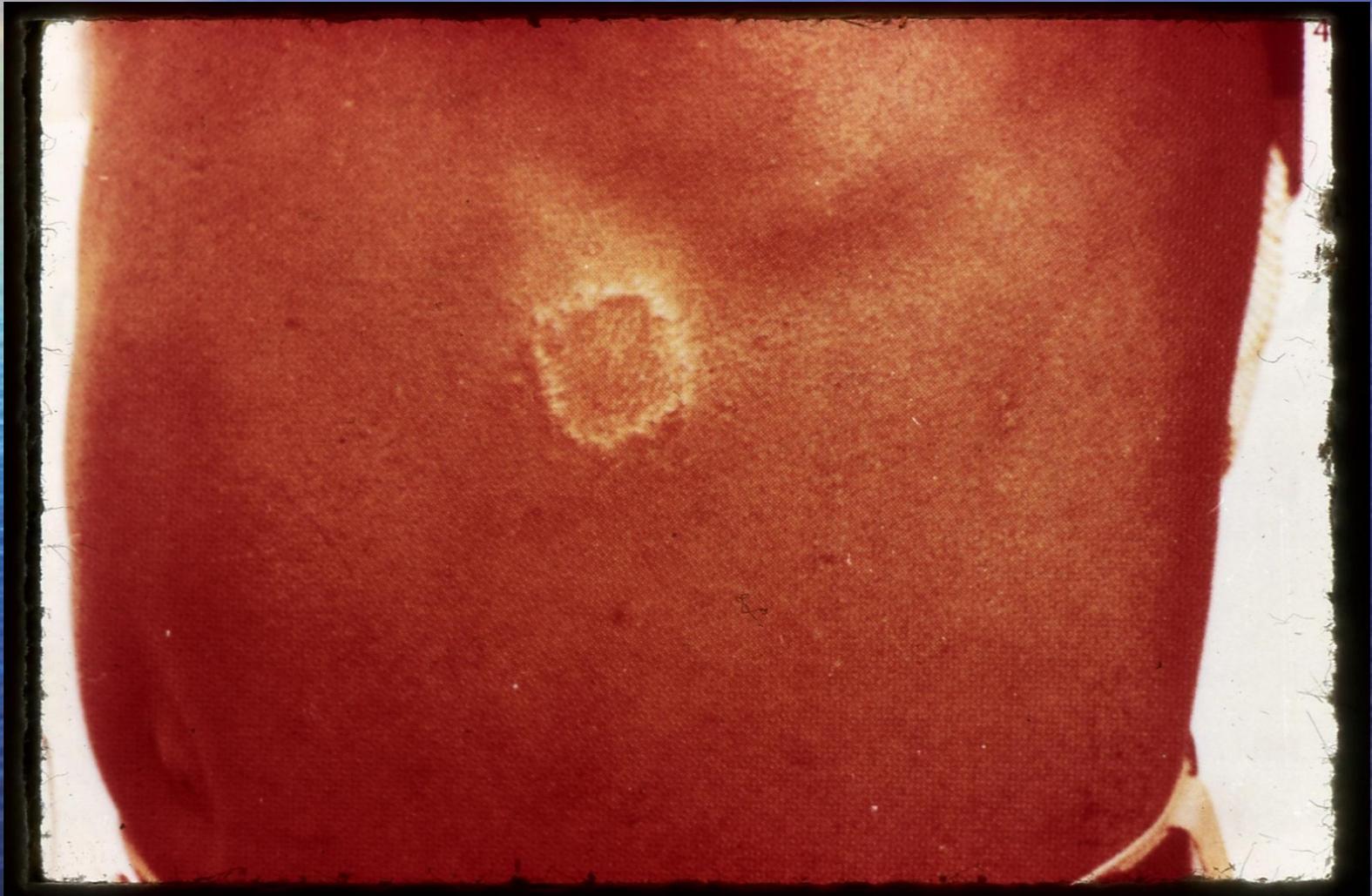
Лепроматозный тип лепры. Огромные инфильтраты кожи (активная стадия).



# Туберкулоидный тип лепры

Туберкулоидный тип лепры характеризуется значительно более доброкачественным течением. Главным образом поражены кожные покровы, периферические нервы. На коже появляются резко очерченные депигментированные витилигоподобные пятна или яркие, с четкими границами красновато-застойного цвета с центральным побледнением пятна, по периферии которых в виде своеобразного бордюра располагаются напоминающие красный плоский лишай полигональные, плоские и плотные папулы с фиолетвым оттенком. Сливающиеся папулы образуют красново-фиолетового или красновато-бурого цвета, различные по величине плоские бляшки, местами имеющие кольцевидную конфигурацию. В центральной части таких бляшек постепенно развиваются депигментация и атрофия.

Ранний туберкулоидный элемент  
с приподнятым краем(бордюром).



Пятно с регрессом в центре и с  
отсутствием чувствительности.



Крупный туберкулоидный элемент с чётко выраженным бордюром.



Крупный туберкулоидный элемент с чётко выраженным бордюром.



# Туберкулоидный тип лепры. Поражение кожи.



**SFS**

# Туберкулоидный тип лепры. Поражение кожи.



# Туберкулоидный тип лепры



*Рис. 26. Лепра: туберкулоидный тип.*

# Туберкулоидный тип лепры

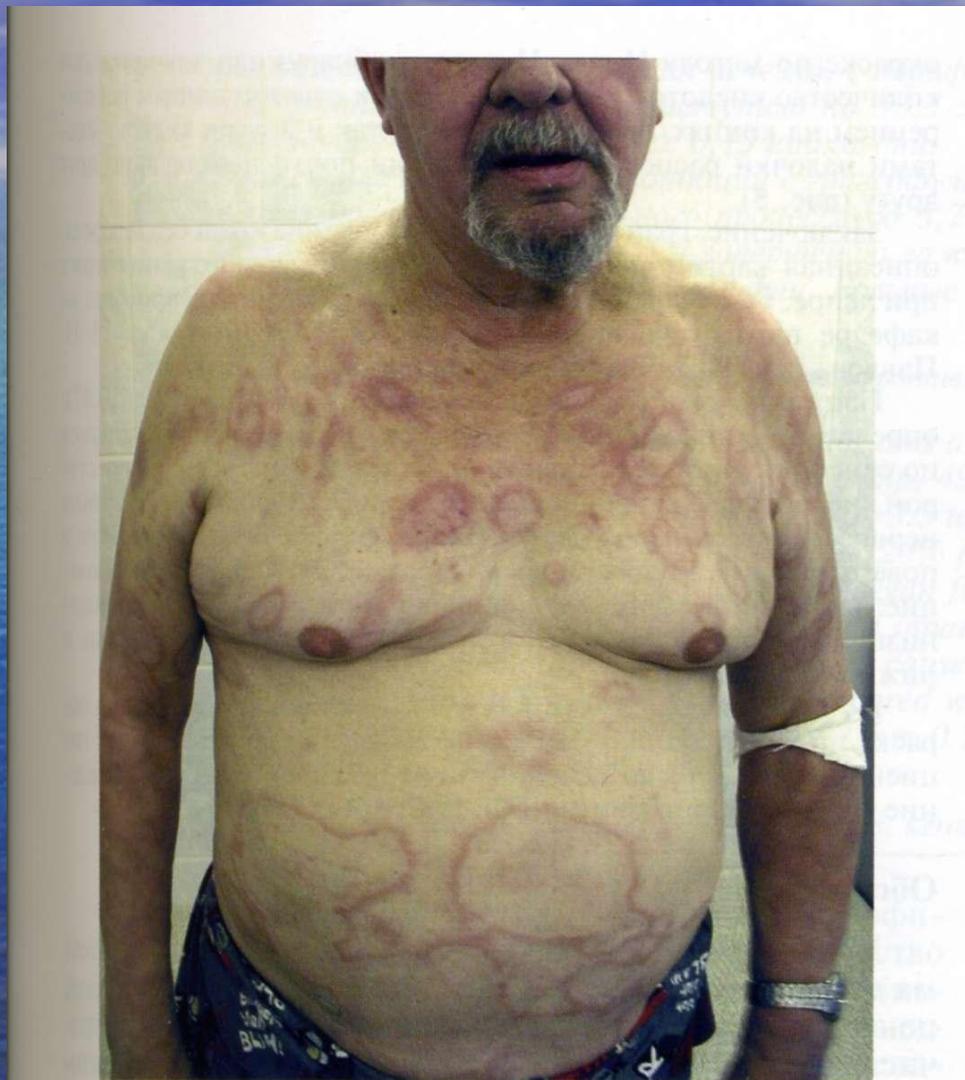


Рис. 1. Больной Б. Лепра: распространенные кольцевидные очаги разного диаметра, местами сливающиеся.

# Туберкулоидный тип лепры



Рис. 2. Тот же больной. Лепра: многочисленные сливающиеся фигурные очаги с отчетливым валикообразным краем синюшно-красного цвета.

# Туберкулоидный тип лепры



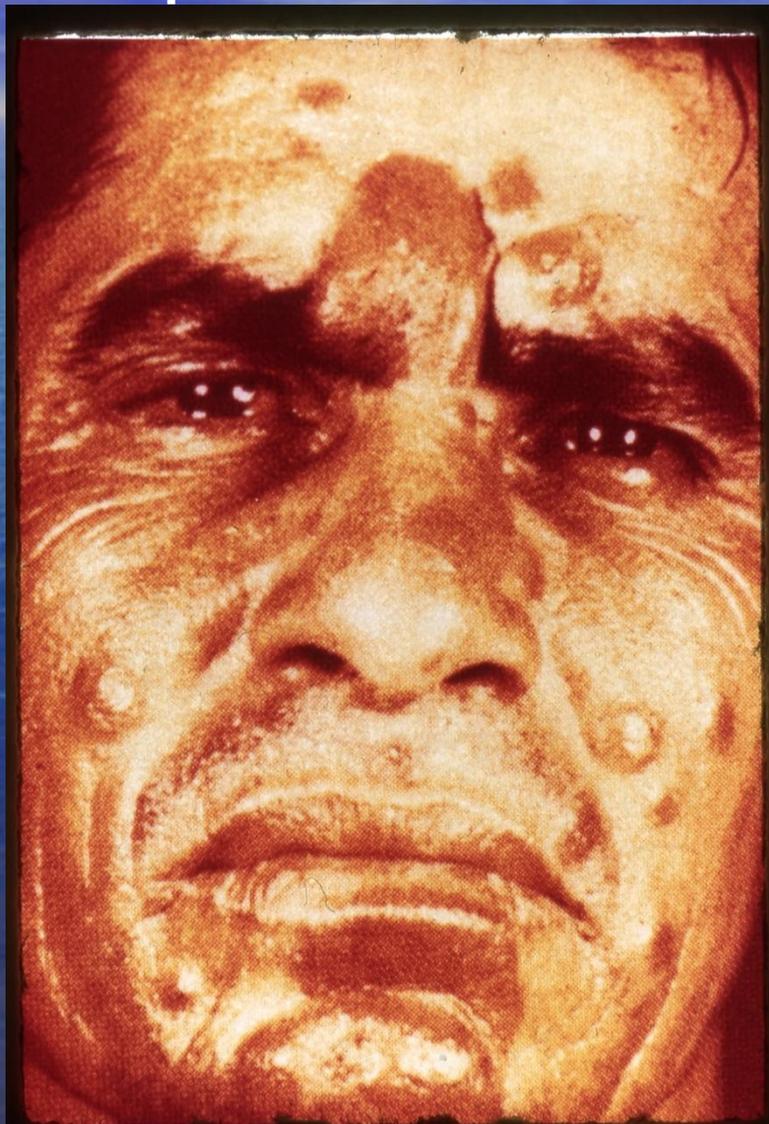
р. 3. Тот же больной. Лепра: распространенные округлые оча-  
синюшно-коричневого цвета.

# Недифференцированный тип лепры.

Недифференцированный тип лепры характеризуется отсутствием типичных высыпаний.

Небольшое число неярких пятен с нерезкими границами, различной величины и очертаний затрудняет диагностику. Выявить палочку Ганзена у таких больных удается редко. Патологическая картина проявляется банальным неспецифическим инфильтратом, подобным тому, который может быть при различных хронических дерматозах. Лепрозные палочки в таком инфильтрате чаще всего не обнаруживаются. Эти больные малоконтагиозны, их общее состояние и самочувствие, как правило, хорошие.

Недифференцированная лепра.  
Поражение лица.



Недифференцированная форма лепры.  
Диффузная инфильтрация кожи лица и  
ушной раковины.

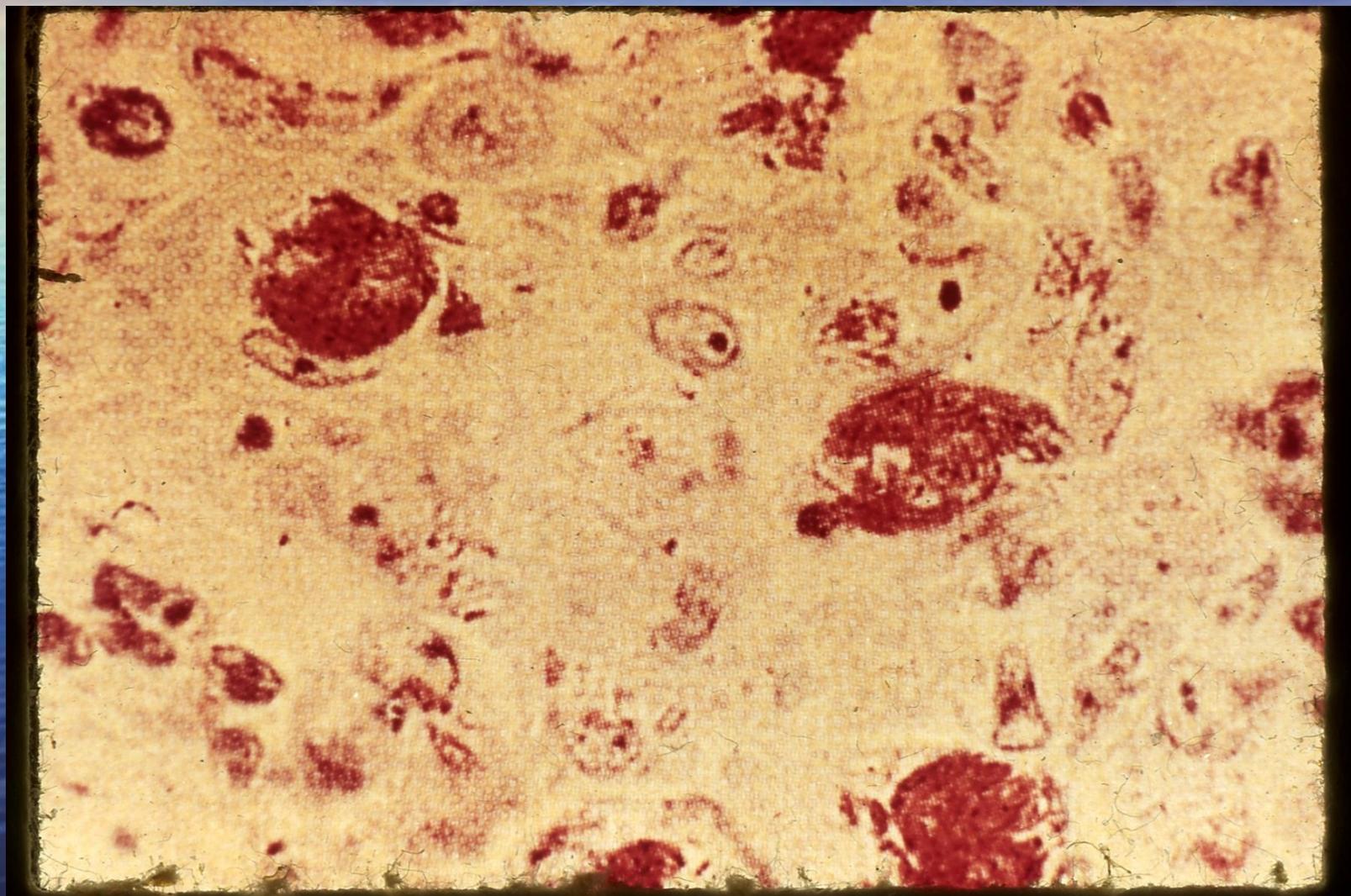


# Диагностика

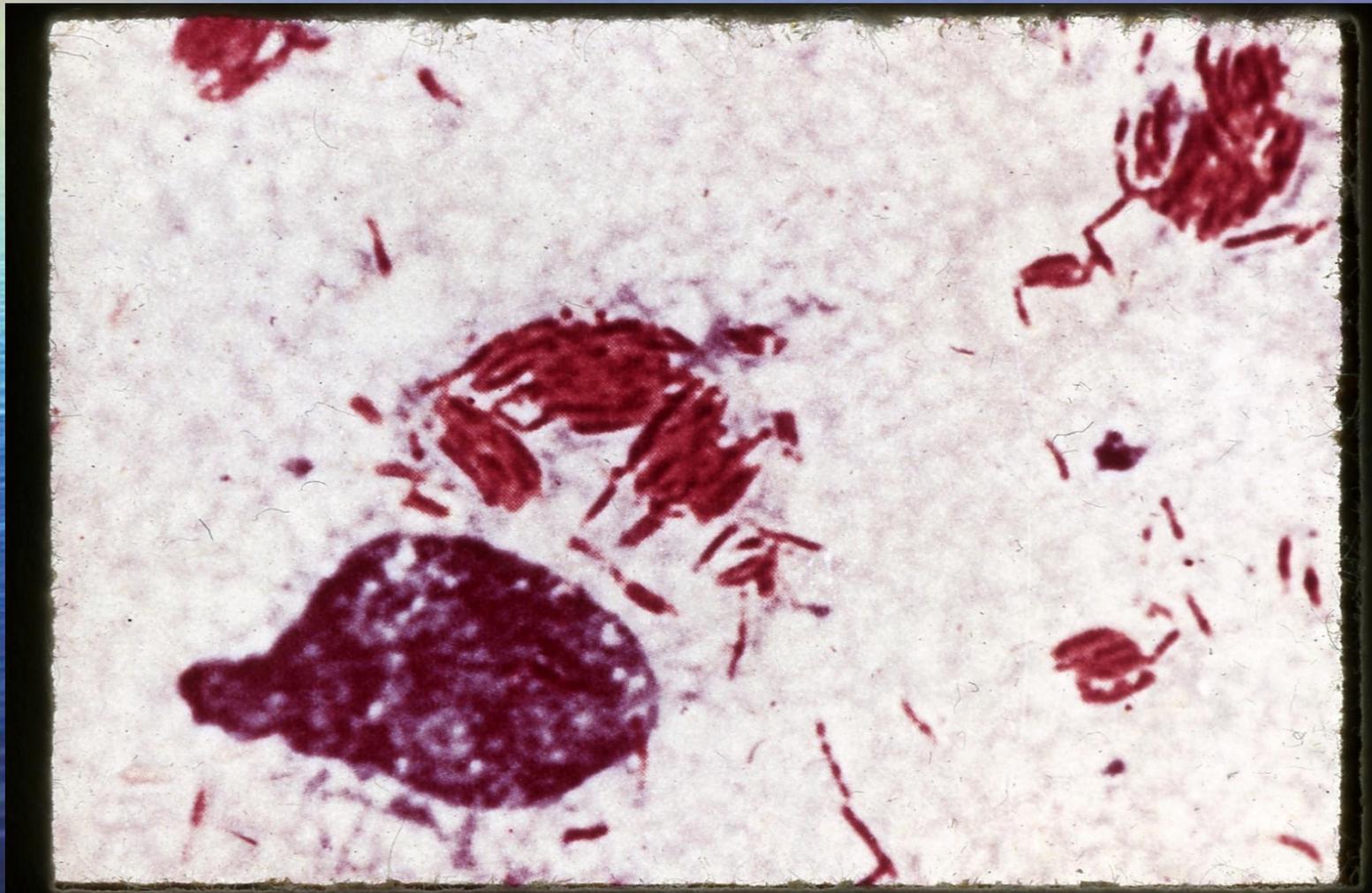
К основным признакам, определяющим лепру, относятся следующие:

- Характерные проявления на кожном покрове;
- Утолщение пораженных периферических нервов;
- Нарушение различных видов чувствительности кожи;
- Наличие кислостойчивых микобактерий в мазках из скарификатов кожи и соскобов слизистой носа, а также в тканевых срезах биоптата кожных поражений.

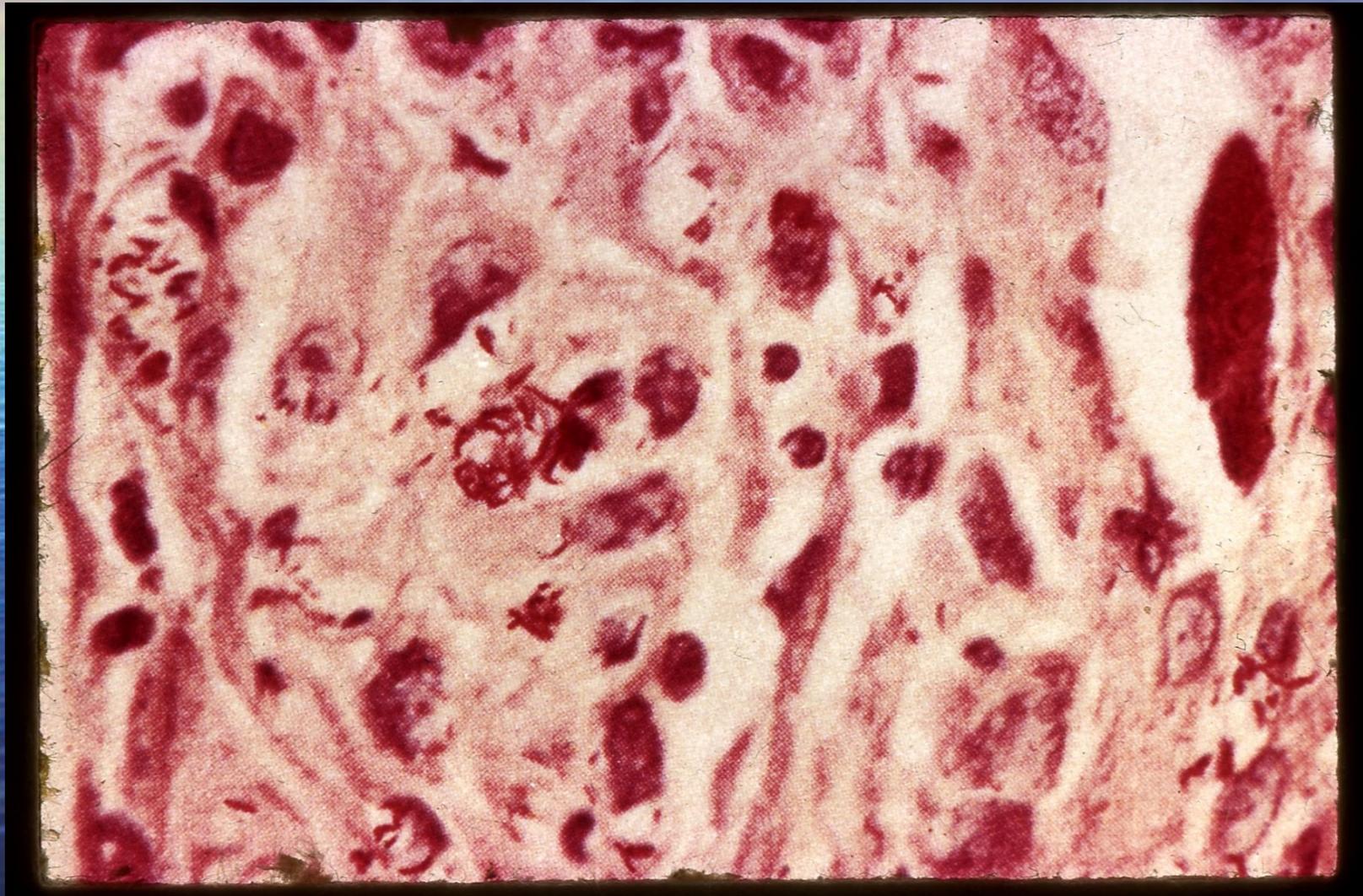
Скопления микробактерий лепры  
в виде шаров в носовой слизи.



Единичные микробактерии лепры и их скопления в виде сигарных палочек в тканевом соке.



# Микробактерии лепры в слизистой оболочке носа.



# Лепроминовая реакция (реакция Митсуда)

Для получения этой реакции в сгибательную поверхность предплечья внутрикожно вводят 0,1 мл лепромина ( антиген, представляющий собой взвесь убитых автоклавированием микобактерий лепры в физиологическом растворе с добавлением 0,5% фенола) Реакция может быть ранней, если через 24-48 ч после внутрикожного введения лепромина появляется гиперемия и отечность. Поздняя, или замедленная, положительная реакция характеризуется образованием на месте введенного лепромина через 2-4 нед. бугорка размером до 1-1,5, склонного к изъязвлению. Поздняя положительная реакция имеет хорошее прогностическое значение. Ранняя и особенно отрицательная реакция на лепромин имеют неблагоприятное прогностическое значение, так как отражают состояние анергии и слабость иммунобиологических, защитных сил организма.

# Лепроминовая реакция при различных типах лепры

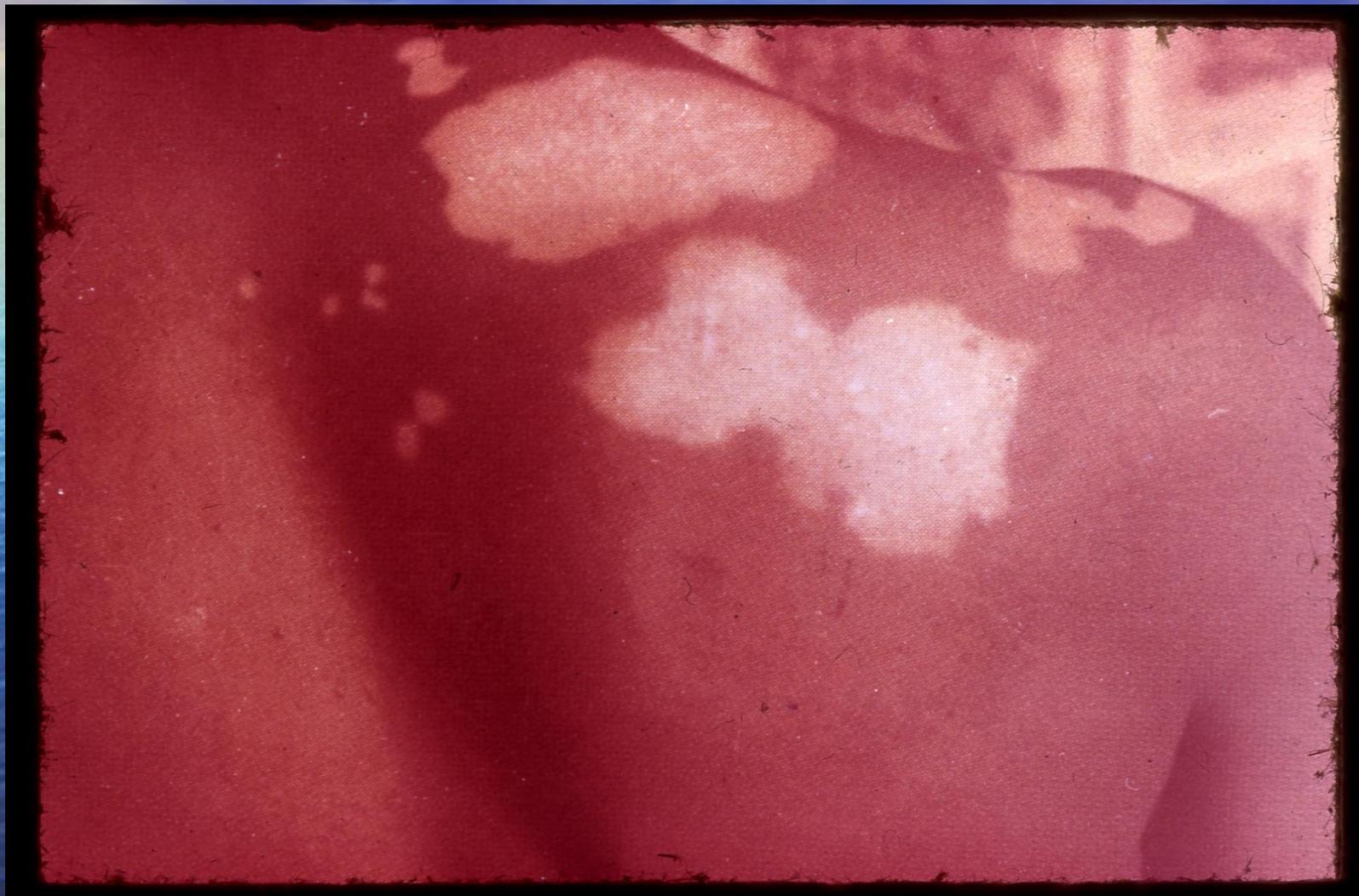
- Лепроматозный тип – отрицательная лепроминовая реакция
- Туберкулоидный тип – положительная, замедленная лепроминовая реакция
- Недифференцированный тип – при отрицательной лепроминовой реакции возможна трансформация в лепроматозную форму лепры. При положительной лепроминовой реакции – в туберкулоидную форму.

# Дифференциальная диагностика лепры

Проводится с:

- Витилиго
- Красным плоским лишаем
- Микозами гладкой кожи
- Лейшманиозом
- Сифилисом

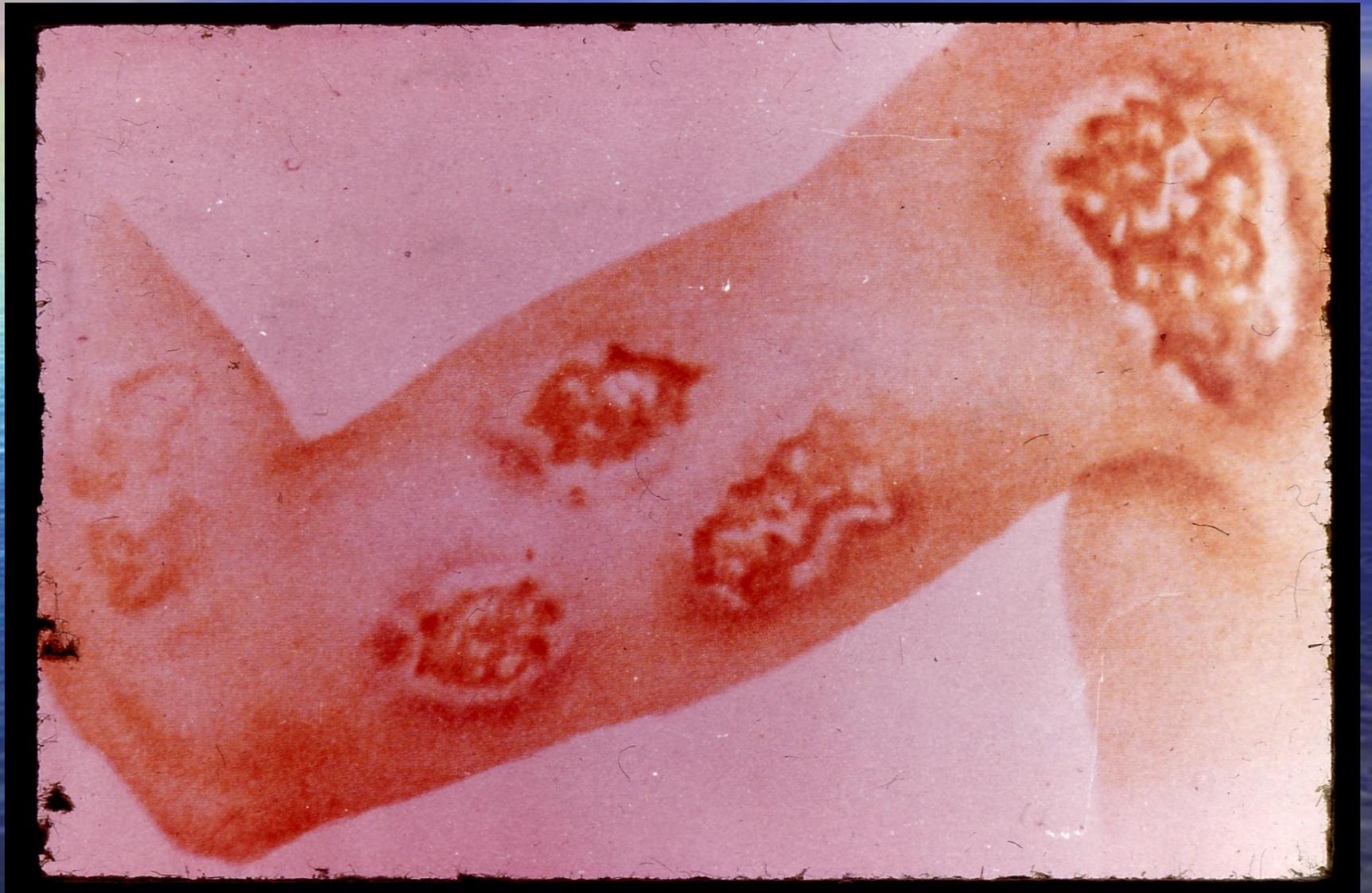
# Витилиго



# Микоз гладкой кожи



# Лейшманиоз



# Красный плоский лишай



# Лечение лепры

Лечение проводится комплексным хроническим перемежающимся методом. Выбор того или иного препарата и определение его дозы осуществляется индивидуально. Основными противолепрозными средствами как у нас в стране, так и за рубежом являются сульфоновые препараты : ДДС (диаминодифенилсульфон), авлосульфон, сульфатин (сульфон-3), сульфетрон (солюсульфон), дапсон, диуцифон, димоцифон, лепросан и др. В дополнение к ним используют производные тиомочевины - Сиба-1906 (тиокарбонилд), рифампицин, клофазимин В-633, лампрен, протионамид, этионамид. Возможно назначение следующей комбинации препаратов: дапсон + рифампицин + лампрен в течение 6-24 месяцев.

# Профилактика лепры

Согласно существующему в РФ законодательству, при выявлении больного лепрой срочно заполняется "экстренное извещение" (форма № 58), которое врач отправляет в местные органы санитарной службы, обеспечивающие и контролирующие госпитализацию больного и первичное обследование всех лиц, находящихся с ним в контакте. Все члены семьи обследуются не реже 1 раза в год. Новорожденные немедленно отделяются от больных матерей и переводятся на искусственное вскармливание, а более взрослые дети допускаются к учебе в общих школах при условии их клинико-лабораторного обследования не реже 2 раз в год. В местах, эндемичных по лепре, проводят массовое обследование населения. Лицам, находившимся в контакте с больными, проводят лепроминовую пробу – внутрикожное введение лепроминоавтоклавированной взвеси микобактерий лепры.

Лицам, имеющим отрицательный результат лепроминовой пробы проводится обследование и активная иммунопрофилактика путем повторного введения вакцины БЦЖ. Иммунопрофилактика (иммунизация) населения вакциной БЦЖ показана в местности с относительно частой заболеваемостью лепрой. Члены семьи больного подвергаются превентивному лечению с учетом результатов лепроминовой пробы. Превентивное лечение назначается членам семьи, где выявлен больной лепроматозным и диморфным типом лепры, если у больного в соскобах со слизистой носа или в скарификатах высыпаний на коже были обнаружены микобактерии лепры.

Химиопрофилактика ограничивается одним курсом сульфотерапии (6 мес) препаратами ДДС, авлосульфон, сульфетрон) если больной был своевременно выявлен и изолирован, т.е. контакт был кратковременным. Если же контакт был длительным, то проводится 2 курса превентивного лечения, во время которого ежемесячно проводится лабораторный контроль.

Периодические врачебные осмотры и при необходимости лабораторные исследования лиц, длительно находившихся в тесном контакте с больным лепрой проводятся на протяжении 20 лет после госпитализации больных. Первые 10 лет – не реже 1 раза в год, последние 10 лет – 1 раз в 2 года.

Больным лепрой не разрешается работать в пищевой промышленности и детских учреждениях. Согласно международному соглашению, запрещен переезд больных лепрой из одной страны в другую. Личная профилактика лепры у лиц, по роду своей деятельности контактирующих с больными, заключается в строгом соблюдении элементарных санитарно-гигиенических правил (частое мытье рук мылом, обязательная санация микротравм).