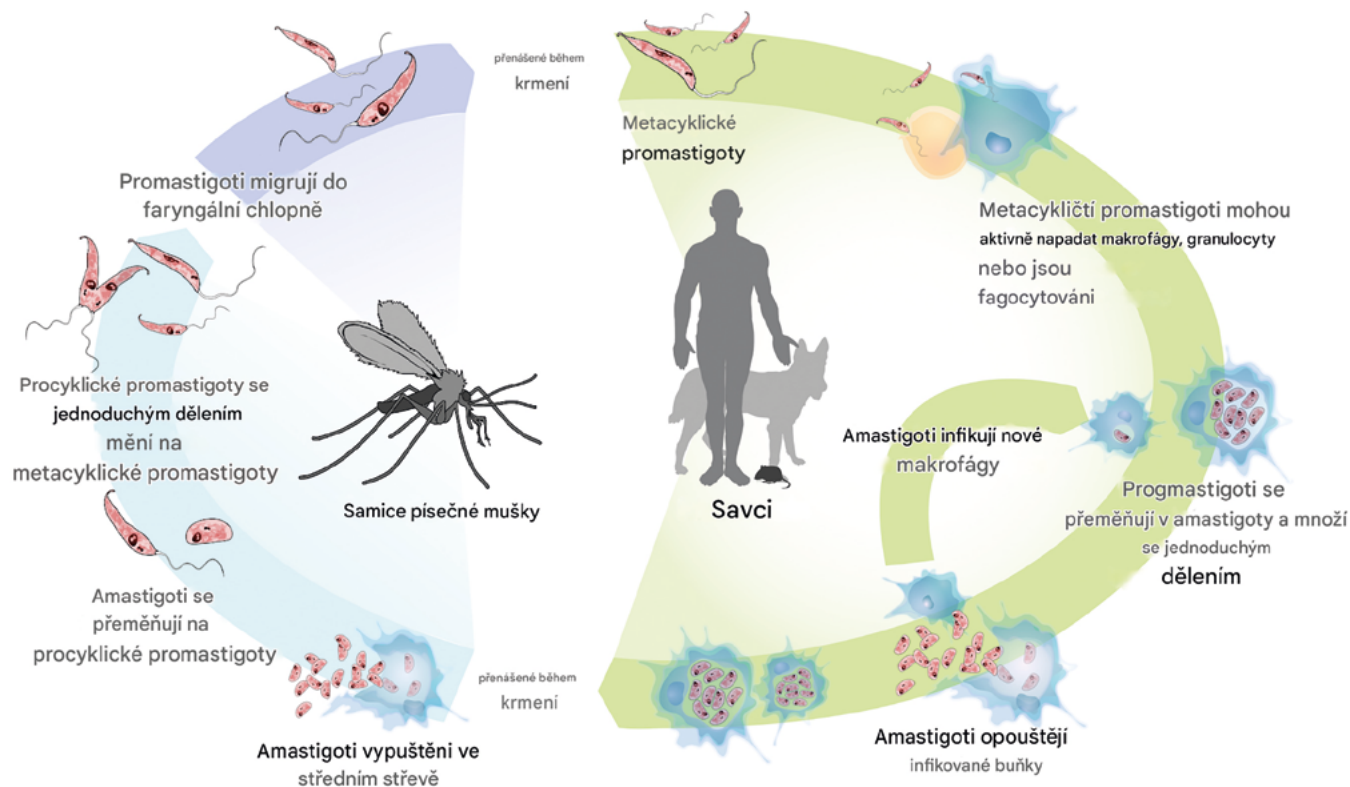


Obr. 2. Životní cyklus leishmanií



Převzato a upraveno z Wikipedie

U viscerální leishmaniózy paraziti využívají různé imunitní unikové mechanismy včetně imunitních kontrolních bodů. Až 70 % jedinců je schopno zahájit účinnou prozánětlivou imunitní odpověď a tvoří granulomy, které obsahují parazity. Navzdory tomu může u některých pacientů dojít po imunosupresi k reaktivaci onemocnění. Jedinci žijící s HIV a ti s vrozenou poruchou imunity mají závažnější průběh infekce, často s vyšší mírou recidivy (8). U některých pacientů se může objevit post-kala-azarová dermální leishmanióza (PKDL), což je syndrom charakterizovaný kožními lézemi typicky nejvýrazněji na obličeji, které se vyvíjejí ve variabilních intervalech po nebo během léčby viscerální leishmaniózy. Osoby s chronickou PKDL se považují za možný zdroj infekce (9).

Forma kožní (CL), mezi které patří *L. major*, *L. tropica*, *L. mexicana*, která není smrtelná. Kožní léze se nazývá leishmaniom a nejčastěji postihuje obličej a končetiny v lokalizované či diseminované formě. Poškozená kůže se hojí jizvou.

Forma mukokutánní (kožně-slizniční), která se vyskytuje v pralesích Střední a Jižní Ameriky. Dochází k poškození kůže i k destrukci chrupavčitých tkání v oblasti obličeje.

Diagnostika onemocnění se opírá o charakteristické klinické příznaky, epidemiologické informace a mikroskopický průkaz parazita ve vzorcích kožních a lymfatické tkáně, event. biopsie jater, sleziny a sternálního punktátu. Histopatologická diagnóza vyžaduje vizualizaci amastigotů, jedná se o kulovitá nebo vejčitá tělesa, která měří 1 až 5 mikronů na délku a 1 až 2 mikrony na šířku. Amastigoti se obvykle nacházejí v makrofázích. Serologické vyšetření je levné a vysoce senzitivní pro diagnózu viscerální leishmaniózy. Pro diagnózu kožní formy je zřídka používán z důvodu slabé protilátkové odpovědi.

Léčba viscerální formy musí být komplexní a náleží do specializovaných center dermatologie/infekce. K terapii kožních lézí se používá preparát antimonu v dávce 20 mg/kg/den intramuskulárně 1x denně po dobu 40 dnů. U viscerální leishmaniózy je lékem volby lipozomální amfotericin B, u imunokompetentních pacientů v dávce 3 mg/kg denně v infuzi ve dnech 1–5, následně 14. a 21. den. U imunosuprimovaných pacientů 4 mg/kg denně ve dnech 1–5, 10, 17, 24, 31 a 38. Od roku 2014 je k dispozici miltefosin v dávce 2,5 mg/kg/den, který se podává perorálně a osvědčil se v léčbě viscerální leishmaniózy na indickém subkontinentu. Miltefosin má ale mnoho nežádoucích účinků, nejčastěji jsou gastrointestinální příznaky (66 %), malátnost (23 %) a akutní selhání ledviny (20 %). V cca 30 % bylo nutné pro výrazné nežádoucí účinky léčbu ukončit (10).

V ČR je dostupný v omezeném rozsahu.

Před cestou do rizikových oblastí se doporučují preventivní opatření (repelenty, ochranný oděv, moskytiéry) k zamezení poštípání flebotomy. V eliminaci viscerální leishmaniózy má opodstatnění spaní pod ochrannými sítěmi, které jsou ošetřeny insekticidy (11). Účinná vakcína k eradikaci leishmaniózy není dostupná. Výzkum se ubírá cestou inhibice dvou kritických enzymů, jako FeSODA (superoxid dismutáza) a TryR (trypanothion reduktáza), které jsou součástí antioxidantního obranného systému *Leishmania donovani* (11, 12). Kombinace s miltefosinem vytváří synergický účinek (12). Mezi údaji o incidenci onemocnění dostupnými ze zdrojů WHO a ze zdrojů jednotlivých zemí jsou diskrepance. Již v roce 2017 odhadovala WHO/EURO počet viscerální leishmaniózy v populaci na 1 100–1 900 případů/100 000 obyvatel a počet kožní formy na 10 000–17 000/100 000 obyvatel. V tropických a subtropických oblastech