

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК, 616.993.161

### СЛУЧАЙ ЛЕЙШМАНИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Н.Е. Мельниченко<sup>1</sup>, А.В. Платонов<sup>2</sup>, Е.К. Базанов<sup>2</sup>, Л.П. Карпушина<sup>2</sup>,  
А.В. Козлова<sup>2</sup>, К.А. Туфанов<sup>2</sup>, А.В. Ефремова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия»,  
г. Благовещенск, Амурская область

<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»,  
г. Благовещенск, Амурская область

<sup>3</sup>ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области»,  
г. Благовещенск, Амурская область

*Лейшманиоз - природно-очаговое, трансмиссивное заболевание, распространено в тропических и субтропических странах и вызывается лейшманиями через укусы москитов. Он широко распространен в Средиземноморье, странах Ближнего и Среднего Востока, в западной части полуострова Индостан, Средней Азии и Закавказье. Последний раз лейшманиоз был зарегистрирован в Амурской области более 20 лет назад. Поэтому знание клинических проявлений, диагностики, дифференциальной диагностики этого заболевания позволяет врачу избежать диагностических ошибок и назначить соответствующее лечение.*

**Ключевые слова:** лейшманиоз, эпидемиология, клиника, лечение.

#### LEISHMANIASIS IN CLINICAL PRACTICE OF DERMATOVENEROLOGIST A CASE REPORT

N.E. Melnichenko<sup>1</sup>, A.V. Platonov<sup>2</sup>, E.K. Bazanova<sup>2</sup>, L.P. Karpushina<sup>2</sup>, A.V. Kozlova<sup>2</sup>,  
K.A. Tufanova<sup>2</sup>, A.V. Efremova<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, Amur oblast

<sup>2</sup>Dermatovenerologic dispensary of Amur oblast, Blagoveshchensk, Amur oblast,

<sup>3</sup>Centers of Hygiene and Epidemiology, Blagoveshchensk, Amur oblast

*Leishmaniasis is a natural-focal, transmissible disease occurs in countries with tropical and subtropical climate and spread by the bite of mosquitoes. The disease is found across Mediterranean region, Middle East, in the western part of Hindustan peninsula, Central Asia and Transcaucasia region. Last case of Leishmaniasis in Amur oblast was registered more than 20 years ago. That is why the knowledge of clinical manifestations of the disease, diagnostics and differential diagnostics will possible help to avoid diagnostic errors and perform adequate treatment.*

**Key words:** Leishmaniasis, epidemiology, clinical course, treatment.

Лейшманиозы - (лат. Leishmaniasis) - группа протозойных трансмиссивных болезней человека и животных, характеризующихся поражением кожи (кожный лейшманиоз), кожи и слизистых оболочек (кожно-слизистый лейшманиоз) и внутренних органов (висцеральный лейшманиоз).

Характерна летне-осенняя сезонность, что связано с активностью переносчиков. Инкубационный период заболевания составляет 10-20 дней. В области внедрения возбудителя формируется первичная лейшманиома, первоначально имеющая вид розовой гладкой папулы около 2-3 см в диаметре, прогрессирующей в дальнейшем, в безболезненный или малоболезненный при надавливании фурункул. Спустя 1-2 недели в лейшманиоме формируется некротический очаг - безболезненное изъязвление с подрытыми краями, окруженное валиком инфильтрированной кожи, с обильным отделяемым серозно-гнояного или геморрагического характера. Вокруг первичной лейшманиомы развиваются вторичные «бугорки обсеменения», из которых в дальнейшем формируются новые язвы, сливающиеся в единое изъязвленное поле (последовательная лейшманиома). Лейшманиомы появляются на открытых участках кожных покровов от единичной до нескольких десятков. Нередко лейшма-

ниомы сопровождаются увеличением регионарных лимфоузлов и лимфангитом (обычно безболезненным). Спустя 2-6 месяцев язвы заживают, оставляя рубцы.

### **Материалы и методы**

Интерес представляет случай возникновения лейшманиоза у женщины, обратившейся за помощью в ГБУЗ АО «АОКВД» в связи с возникновением распространенных высыпаний на коже туловища, конечностей, лице.

### **Обсуждение**

Больная Г., 56 лет, впервые обратилась в кожно-венерологический диспансер по месту жительства 16.02.15 г. с жалобами на высыпания на коже туловища, конечностей и лица, сопровождающиеся болезненностью, жжением, мокнутием. Из анамнеза заболевания выяснено, что считает себя больной около 3 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже, связывает появление их с перенесенным герпесом. В октябре 2014 года находилась в Израиле, Палестине, Иордании, находясь в разных городах и природных ландшафтах загородной зоны, в т.ч. у Мёртвого моря.

На пути следования ночевала в хороших условиях (гостиницы). Укусы насекомых у себя не замечала. Первые симптомы (элемент на правой голени) появились в начале ноября, постепенно (чёткую хронологию указать не может) в течение месяца, уже на территории России во время пребывания на местном курорте Гонжа Амурской области, количество аналогичных высыпаний увеличилось и достигло в общем количестве 20. Больная интересовалась состоянием здоровья у тех граждан, с которыми ей приходилось отдыхать: ни у кого аналогичных проблем с кожей не возникло. Лечилась самостоятельно, без эффекта. 16.02.2015 г. врачом на приеме был выставлен диагноз: Распространённая пиодермия. При отсутствии эффекта от назначенного лечения обратилась к аллергологу-иммунологу ФГБУ ДНЦ ФПД СО РАМН (г.Благовещенск), где было предложено комплексное лечение пиодермии (циклоферон, кальция глюконат в инъекциях, ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день =10 дней, полиоксидоний по 6 мг в/м ч/д, № 10, «Сумамед» по 500 мг/сут в течение 6 дней), эффекта от проведенного лечения не отмечала. Повышение температуры тела стала отмечать в последние 4 месяца. В феврале 2015 г. отметила увеличение лимфоузлов в области паха, вместо «бугорков» появились единичные язвы преимущественно на руках, голених и лице.

Далее, 05.05.2015г. самостоятельно обратилась к доценту кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией АГМА, к.м.н Н.Е.Мельниченко, которая заподозрила лейшманиоз. Диагноз был верифицирован 05.05.2015. заведующей лабораторией ГБУЗ АО "АОКВД", Л.П.Карпушиной. В исследованном материале методом микроскопии с окрашиванием по Романовскому-Гимза, обнаружены тельца Лейшман-Донован (*Leishmania tropica*), подтверждающие диагноз лейшманиоза.

Вопросы проведения лечения обсуждались коллегиально на врачебной комиссии ГБУЗ АО «АОКВД», 14.05.2015.

При осмотре: На коже лица (левая щека), на груди в области молочных желез, спине, предплечьях, бёдрах и голених, в проекции ахиллова сухожилия справа - имеются рассеянные язвы с поллогими или умеренно отвесными краям, размерами до - 3 х3,5 см, с фибринозно-гнойным налётом, подсыхающим в желтовато-буроватые плотно сидящие корки, с валом воспалительной инфильтрации шириной до 6-8 мм розового цвета, вблизи которого можно увидеть мелкие папулобугорки, d до 0,4 см с серозно-некротической корочкой на поверхности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Субъективно - незначительная болезненность. В анамнезе: хр.рецидивирующий панкреатит, ЖКБ 1 ст., синдром раздраженной кишки, стеатогепатоз, миома матки, сенильный вагинит, язвенная болезнь.

Результаты обследования: Кл. ан. крови, общий анализ мочи без патологии. БАК: глюкоза- 3,9 ммоль/л, общий белок – 77 г/л, мочевины – 2,6 ммоль/л, креатинин крови – 88 мкмоль/л, билирубин общий – 19,2 мкмоль/л, прямой – 3,8 мкмоль/л, непрямо- 10,4 мкмоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, триглицериды – 0,92 ммоль/л, АСТ – 22,4 Ед/л, АЛТ – 17,0 Ед/л, щелочная фосфатаза – 97. Все показатели в пределах нормы. В представленной иммунограмме от 27.02.15 (в АОКБ) – увеличение содержания CD4 - 47,3 (при норме 36), CD 16 - 0,46 (при норме до 0,42). РМГ и ИФА на Lues от 17.02.15. - отрицат. ИФА на гепатит С (в двух лабораториях города) от 17.02.2015 положит., КП 2,5 (пол-ка №1) положит. Результат ИФА на сумм. антитела (М и G) на гепатит С в лаборатории СПИД ГАУЗ АО «АОИБ». ПЦР крови на гепатит С от 05.03.15 – отрицательный, РНК вируса не обнаружена. Консультирована инфекционистом, диагноз гепатита С по данным обследования выставлен не был. ИФА на гепатит В - отрицательный.

КТ головного мозга (в ГАУ АО «АОКБ»): признаки мелкоочаговых изменений сосудистого характера в области базальных ядер обоих полушарий, (20.08.2014). УЗИ органов брюшной полости от 14.05.15 - повышение эхогенности паренхимы печени и поджелудочной железы. Микробиологические исследования: В соскобах с язв с предплечий и голених от 05.05.2015 обнаружены тельца Лейшмана-Донована (врач-лаборант интерпретировала: "обнаружена *Leishmania tropica*")- при окраске по Рома-

новскому -Гимза.

На основании анамнеза заболевания, эпиданамнеза, клиники, данных лабораторного, микробиологического исследования был выставлен диагноз: кожный лейшманиоз (остронекротизирующий зоонозный Старого Света) - болезнь Боровского (В 55.1 хроническое, впервые выявленное).



**Фото1. Язва на левой щеке.**



**Фото2. Язва на голени.**



**Фото 3. Язвы и бугорки на сгибательных поверхностях предплечий.**

Учитывая сопутствующую патологию, больной было назначено лечение :

1. фуразолидон по 0,15 x 4 раза в день до 20 дней;
2. вобензим внутрь по 2 табл. X 3 раза в день;
3. наружно: 10% протарголовая мазь вечером под повязку на язвенные дефекты,

фукарцин 2-3 раза /день на язвенные дефекты, гелий-неоновый лазер № 20., мазь «неомицин» + «Бацитрацин» под л/пластырную повязку на очаги утром.

Через 2 недели больная была коллегиально осмотрена. Отмечена положительная динамика со стороны кожи на фоне получаемой терапии. Коллегиально было решено подключить к лечению:

карсил по 1табл.х3 раза/день после еды; бактистатин 1 капсул.х3 раза/день до еды до 1 месяца. После окончания приема фуразолидона – Юнидокс Солютаб 0,2 /сутки и «Клион» по 1 табл.х3 раза/день в течение 14 дней. На фоне проводимого лечения на коже в области левой щеки, в области молочных желез, на предплечьях, бедрах и голени, больше по разгибательным поверхностям, в области правого ахиллова сухожилия – имеются рассеянные эпителизирующиеся язвы с пологими краями или воспалительные инфильтраты, размерами до 3-3,5 см, с остатками лекарственных средств, воспалительный валик до 5-6 мм розового цвета, шелушение не выражено. Периферические л/узлы не увеличены.

На фоне проводимого лечения рекомендовано: лабораторный мониторинг 1 раз в 10 дней (кл.ан.крови и мочи, б/х ан.крови), осмотр ВК через месяц.

### **Выводы**

Интерес данного случая заключается в трудности и несвоевременной постановке диагноза лейшманиоза, отсутствии клинических навыков в постановке диагноза.

### **Литература**

1. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / Под ред. А.Д. Кацамбаса. – Москва: «МЕДпресс-информ», 2008.
2. Клиническая дерматовенерология / Под ред. Акад. РАМН Ю.К. Скрипкина. – Москва: «ГЭОТАР – Медиа», 2009.
3. Кожные и венерические болезни / Под. ред О.Л. Иванова – Москва: «Медицина», 2007.
4. Кожные болезни. Диагностика и лечение, П. Хэбир. – Москва: «МЕДпресс-информ», 2008.

### **Сведения об авторах**

**Мельниченко Наталья Евгеньевна** - к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией, врач-дерматовенеролог ГБУЗ АО «АОКВД».

**Платонов Александр Владимирович** - главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии министерства здравоохранения Амурской области, главный врач ГБУЗ АО «АОКВД».

**Базанов Е.К.** - заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ АО «АОКВД».