

Верификация лейшманиоза кожи

Д.В. Заславский, Е.М. Андриенко, И.Ю. Александрова, Е.Л. Матвеева, С.Е. Семенова,
М.Е. Зуев, А.А. Гайдук

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава
России
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Представлено наблюдение клинического случая кожного лейшманиоза у ребенка. Пациент находился несколько месяцев в эндемичном по лейшманиозу районе — Таджикистане. Данный случай представляет клинический интерес для верификации неэндемичной в России инфекции.

Ключевые слова: **лейшманиоз, дети, диагностика.**

Контактная информация: venerology@gmail.com. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (5): 91—95.

Verification of cutaneous leishmaniasis

D.V. Zaslavsky, Ye.M. Andriyenko, I.Y. Aleksandrova, Ye.L. Matveyeva, S.Ye. Semyonova,
M.E. Zuyev, A.A. Gaiduk

St. Petersburg State Pediatric Medical University (State Budgetary Educational Institution for Higher Professional
education), Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Litovskaya str., 2, St. Petersburg, 194100, Russia

The article presents a case study of cutaneous leishmaniasis in a child. The patient stayed for several months in a leishmaniasis endemic area — in Tajikistan. This case is interesting from the point of view of verification of the infection that is not endemic in Russia.

Key words: **leishmaniasis, children, diagnostics.**

Corresponding author: venerology@gmail.com. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2014; 5: 91—95.

■ Лейшманиоз кожи (пендинская язва, кожный лейшманиоз Старого Света — болезнь Боровского, кожный лейшманиоз Нового Света, шанкр Сахары, бутон Бискры, восточная язва, углевик, годовик, сартская болезнь, ашхабадская язва) — эндемичная трансмиссивная болезнь, свойственная странам с жарким и теплым климатом, проявляющаяся преимущественно поражением кожи [1].

Болезнь вызывается простейшими рода *Leishmania*. Переносчик возбудителя — москиты семейства *Psychodidae*, основной путь заражения — через укусы москитов. Согласно учению о природной очаговости болезней, разработанному академиком Е.Н. Павловским, природным источником заражения кожным лейшманиозом людей являются грызуны песчанки [2]. Заражение человека происходит во время его пребывания в местности с природными лейшманиозными очагами в летний период. Источником заражения кожным лейшманиозом городского типа является больной человек.

Выделяют четыре основные клинические формы заболевания — кожный лейшманиоз, кожно-слизистый лейшманиоз, диффузный кожный лейшманиоз и висцеральный лейшманиоз [3]. Кожный лейшманиоз является благоприятной формой и составляет 50—75% всех случаев заболевания [4].

Кожный лейшманиоз разделяется на две группы: кожный лейшманиоз Старого Света (Средиземноморский регион, Азия, Ближний Восток, Африка) и кожный лейшманиоз Нового Света (Центральная и Южная Америка). В настоящее время происходит перераспределение географической распространенности заболевания, которое вызвано миграцией населения, потеплением климата и, как следствие, увеличением популяции москитов [4]. Лейшманиоз является эндемичным заболеванием в 88 странах: 67 — в Старом Свете и 21 — в Новом Свете [5]. Количество инфицированных лейшманиозом составляет около 350 млн человек. Ежегодное увеличение числа заболевших — около 400 тыс. случаев в год [6].

Первое достоверное описание кожного лейшманиоза сделал в 1745 г. английский врач Россок, обнаруживший его у жителей Сирии. В середине XIX века в период колонизации стран Азии, Африки, Ближнего Востока среди военных европейцев заболеваемость кожным лейшманиозом приняла массовый характер, что вызвало повышенное внимание к его изучению. Знакомство русских врачей с кожным лейшманиозом связано с присоединением среднеазиатских территорий. В 1889 г. ординатору Ташкентского военного госпиталя П.Ф. Боровскому удалось обнаружить и описать возбудителя болезни, которого автор отнес к простейшим. В 1899 г. английский врач лейтенант-генерал Sir William Boog Leishman в мазках из селезенки больного, умершего от тропической болезни каля-азар, обнаружил возбудителя болезни, а в 1903 г.

одновременно с ирландским врачом-бактериологом Charles Donovan описал этих паразитов [1].

Обычно продолжительность заболевания составляет около года (острая форма кожного лейшманиоза), реже — более года (хроническая форма).

В 1940 г. П.В. Кожевников и Н.И. Латышев выделили две формы кожного лейшманиоза: позднотрофоэрозивный и остронекротизирующий [7].

Антропонозный кожный лейшманиоз (городской, позднотрофоэрозивный) преимущественно распространен в Средиземноморье, на Ближнем и Среднем Востоке, в западной части полуострова Индостан. Инкубационный период — от 3 до 9 мес. На месте укуса москита появляется узелок размером с горошину, через 3—5 мес. на нем появляется плотная корочка, покрывающая эрозию, а через 2—8 мес. эрозия трансформируется в поверхностную язву неправильной формы с выраженным инфильтратом в основании. Разрешившийся инфильтрат оставляет после себя выраженный рубец — «печать Каина». Заболевание длится около года («годовик»).

Зоонозный кожный лейшманиоз (сельский, остронекротизирующий) распространен в сельских оазисах пустынных и полупустынных районов Ближнего Востока, Средней Азии, Индии, Африки. Высыпания чаще располагаются на открытых участках кожи: лицо, шея, руки, ноги. В области укуса москита через 2—4 нед. появляется фурункулообразный инфильтрат, изъязвляющийся через 1—2 нед. Образуется глубокая болезненная язва с гнойным отделяемым. Через 2—3 мес. она начинает очищаться от некротических масс. При разрешении также формируется глубокий рубец. Заболевание осложняется лимфангоитом и лимфаденитом. Зоонозный вариант встречается чаще [4].

Описание случая

Первое обращение к дерматологу в апреле 2013 г. с жалобами на высыпание в области лица. Больна около 10 мес. Заболевание началось с появления узелка, который через 3 мес. покрылся корочкой. До этого неоднократно обращалась к дерматологам различных медицинских учреждений, назначенная наружная терапия оказалась неэффективной.

Родилась и проживает в Санкт-Петербурге. Ребенок от второй беременности. Роды в срок. Находилась на грудном вскармливании до 11 мес. жизни. В семье двое детей. Наследственность неотягощена. Питание регулярное, аппетит плохой. Перенесенные заболевания: ОРВИ — не более двух случаев в год. Аллергические реакции на пищевые продукты, домашнюю пыль и пыльцу растений отсутствуют. Профилактические прививки сделаны соответственно возрастным нормам.

В период с января до мая 2012 г. находилась у родственников в Таджикистане.

Данные объективного осмотра. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Телосложение пропорциональное. Физическое развитие гармоничное. Температура тела 36,6 °С. Рубцы отсутствуют, видимых опухолей нет. Видимые слизистые розовые, влажные. Высыпания на слизистых оболочках отсутствуют. Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Патологические рефлексы и тремор конечностей отсутствуют. Мышечный тонус сохранен. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. Грудная клетка симметрична. Дыхательные движения симметричны. Дыхание ритмичное. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Дыхание везикулярное. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не увеличен, симметричен, пальпация безболезненна. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Точки желчного пузыря, поджелудочной железы безболезненны. Тонус отделов толстой кишки не изменен, пальпация безболезненна. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягкоэластичной консистенции. Патологические пульсации отсутствуют.

Кожа смуглая. Дермографизм розовый. Эластичность кожи обычная. Кожная чувствительность сохранена. Зон кожной гиперестезии нет. Волосы блестящие, густые. Ногтевые пластины не изменены. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена, тургор сохранен. Подчелюстные лимфатические узлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной меньше чечевицы, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Выраженный регионарный лимфаденит и лимфангоит в виде симптома «четок». Другие периферические лимфатические узлы не пальпируются. Кожа над пальпируемыми лимфоузлами без изменений.

Кожный процесс представлен язвами размером 1—4 см, покрытыми слоистыми корками серого цвета с выраженными инфильтратами в основании. Вокруг язвы зона гиперемии. Пальпация инфильтратов безболезненна. При снятии корки видны кратерообразные язвы глубиной до 4 мм с обрывистыми краями, окруженные валикообразным инфильтратом, дно розового цвета, зернистое (рис. 1).

На основании жалоб, данных физикального осмотра, анамнеза заболевания (в том числе сведений о пребывании ребенка в эндемичном по лейшманиозу районе) был заподозрен кожный лейшманиоз. Также была проведена дифференциальная диагностика со стрептококковым импетиго, фурункулом, вульгарной эктимой, споротрихозом, дерматофитией лица, атипичным микобактериозом, кератоакантомой. Бугорковый лейшманиоз кожи необходимо отличать от туберкулезной волчанки, бугоркового

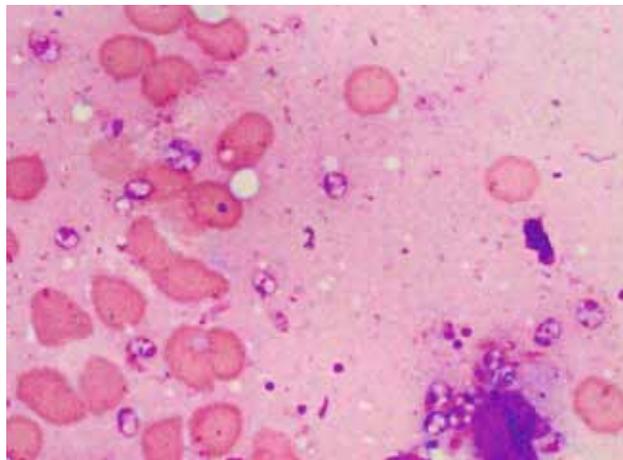


Рис. 1. Кожный лейшманиоз. Язвы 1—4 см, покрытые слоистыми корками серого цвета с выраженными инфильтратами в основании. Вокруг язвы зона гиперемии

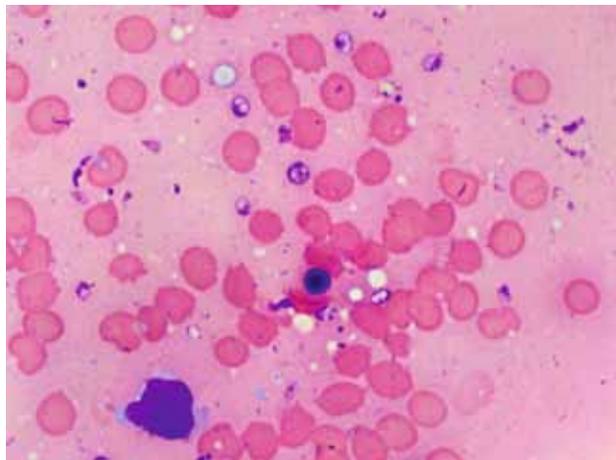
сифилида, мелкоузелкового саркоидоза, туберкулезного типа лепры.

Стрептококковое импетиго характеризуется слоистой корочкой без инфильтрата в основании, после вскрытия корочки обнажается поверхностная эрозия, покрытая серозно-гнойным налетом. Для фурункула характерна отечность, болезненность инфильтрата, чаще всего сопровождающаяся лимфангиитом, лимфаденитом. При вскрытии корочки виден некротический стержень, отделяемое гноевое. При вульгарной эктиме зона гиперемии вокруг очага синюшно-красного цвета. Корка бурого цвета, после удаления которой обнажается глубокая язва округлой формы, с крутыми краями, покрытая гнойными и некротическими массами [8]. Язва при споротрихозе окружена розово-лиловым ободком гиперемии, на плотном основании, с неровными подрывными краями, отмечается лимфангит, лимфаденит [3].

Для подтверждения диагноза кожного лейшманиоза после удаления корки были взяты мазки-отпечатки с краев язвы. При окраске исследуемого материала по Романовскому — Гимзе обнаружены внеклеточные и внутриклеточные лейшмании, именуемые «амастиготами» (рис. 2а, б). Известно, что для диагностики лейшманиоза могут быть использованы другие методы: полимеразная цепная реакция, посев на среде 3N-агар (Novy-Nial-Nicol), биопсия. Методы серологической диагностики при кожном лейшманиозе ненадежны. В данном случае, учиты-



а



б

Рис. 2.

Мазки-отпечатки из края язвы. Окраска по Романовскому — Гимзе. Увеличение $\times 900$ с иммерсией. а — на фоне эритроцитов выявляются клетки округлой, овальной формы с голубой протоплазмой, имеющие внутри- и внеклеточные структуры и красное ядро. В протоплазме обнаруживается палочковидный кинетопласт; б — лейшмании представлены в виде округлых телец диаметром 3—5 мкм; цитоплазма окрашена в голубой цвет, ядро в красно-фиолетовый. На отдельных тельцах выявляется кинетопласт округлой формы с более интенсивной окраской, чем ядро. В нижней части препарата среди эритроцитарной массы располагается макрофаг темно-фиолетового цвета

вая положительные результаты микроскопии, они не проводились.

Пациентке был поставлен диагноз: кожный лейшманиоз. Антропоонозная форма.

Рассматривался вопрос о назначении противопаразитарной терапии. Однако родители пациентки категорически отказались от лечения в Санкт-Петербурге и выбрали для лечения Таджикистан.

Обсуждение и выводы

Описанный случай кожного лейшманиоза нехарактерен для Северо-Западного региона. В Российской Федерации в основном наблюдаются завозные случаи. Так, за последние годы описаны случаи инфекции из Узбекистана, Иордании, Туниса и других эндемичных районов [9—12]. При этом наблюдаются как кожные, так и висцеральные формы [13—16]. Сложность диагностики лейшманиоза связана с отсутствием патогномичной картины. Необходим дифференциальный диагностический поиск и тщательный сбор анамнеза пациента.

Диагноз кожного лейшманиоза выставляется при наличии одного или нескольких из следующих критериев: наличие более трех очагов; один очаг более 4 см; очаги в функционально и косметически проблемных зонах (лицо, кисти рук, участки перехода кожи в слизистую оболочку); лимфангит или лимфаденит; появление сателлитных очагов; устойчивые к терапии очаги [17, 18].

Представленный клинический случай с язвами на щеке и в области носогубной складки отражает спорадический случай кожного лейшманиоза антропоонозной формы в неэндемичном районе проживания больного. Данный случай регистрации тропического заболевания является результатом активной миграции населения.

К сожалению, в Российской Федерации отсутствует должная настороженность врачей в отношении привозных инфекций. Однако миграция населения, активизировавшаяся в последние годы, диктует необходимость обязательного учета возможности лейшманиозной инфекции при дифференциальной диагностике дерматологического пациента. ■

Литература

1. Skripkin Ju.K. Kozhnye i venericheskie bolezni. Rukovodstvo dlja vrachej: in 4 v. Edited by Skripkina Yu.K. M: Medicina 1995; 1: 422—4. [Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей: в 4 т. Под ред. Ю.К. Скрипкина. М: Медицина 1995; (1): 422—454.]
2. Latyshev N.I., Krjukova A.P. The role of a great gerbil in keeping the virus of cutaneous leishmaniasis during interepidemic period. Report of USSR Academy of Sciences 1941; XXX (1): 90—92. [Латышев Н.И., Крюкова А.П. Роль большой песчанки в хранении вируса кожного лейшманиоза в течение межэпидемического периода. Доклад Академии наук СССР 1941; XXX (1): 90—92.]
3. Ficpatrik T., Dzhonson R., Vulf K., Polano M., Sjurmond D. Dermatologija. Guidebook. 3-edition. M: Praktika 1999. [Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. 3-е изд. М: Практика 1999.]
4. Rodionov A.N. Dermatocosmetologija. Defeat skin and mucous membranes. Diagnosis, treatment and prevention. SPb: Nauka i Tehnika 2011. [Родионов А.Н. Дерматокосметология. Поражение кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение и профилактика. СПб: Наука и Техника 2011.]
5. Blum G., Desjeux P., Schwarz E. et al. Treatment of cutaneous leishmaniasis among travellers. J Antimicrob Chemother 2004; 53: 158—66.
6. Hengg U.R., Marini A. Cutaneous leishmaniasis. Hautarzt 2008; 59: 627—32.
7. Kozhevnikov P.V. Problems of cutaneous leishmaniasis. Ashhadad; 1941. [Кожевников П.В. Проблемы кожного лейшманиоза. Ашхабад, 1941.]
8. Berenbejn B.A., Studnicin A.A. et. al. Edited by Berenbejna B.A., Studnicina A.A. Differencial'naja diagnostika kozhnyh boleznej. Rukovodstvo dlja vrachej. 2-edition, revised supplemented. M: Medicina 1989. [Беренбейн Б.А., Студницин А.А. и др. Под ред. Беренбейна Б.А., Студничина А.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. 2-е изд., переработанное и дополненное. М: Медицина 1989.]
9. Revnova M.O., Babachenko I.V. Leishmaniasis in a child 1 year and 8 months. Pediatrija. Zhurnal im. G.N. Speranskogo 2001; 2: 90—99. [Ревнова М.О., Бабаченко И.В. Лейшманиоз у ребенка 1 года 8 мес. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского 2001; (2) 90—99.]
10. Gobec A.A., Bahtinova A.V., Piven G.V., Sinelnikova L.M., Akimova G.P., Starikova L.Yu., Chulkova I.N. An imported case of visceral leishmaniasis in a child in central Russia. Detskie infekcii 2009; 8: (2) 69—70. [Гобец А.А., Бахтинова А.В., Пивень Г.В., Синельникова Л.М., Акимова Г.П., Старикова Л.Ю., Чулкова И.Н. Случай завозного висцерального лейшманиоза у ребенка в средней полосе России. Детские инфекции 2009; 8: (2) 69—70.]
11. Aleksandrova O.K., Lebedev V.V., Lyzhina A.S., Thakushinova N.H., Dubova L.V. Mediterranean and Central Asian Leishmaniasis in a patient 17 years old. Detskie Infekcii 2008; 7: (3) 68—71. [Александрова О.К., Лебедев В.В., Лыжина А.С., Тхакушинова Н.Х., Дубова Л.В. Средиземноморско-Среднеазиатский лейшманиоз у пациента 17 лет. Детские инфекции 2008; 7: (3) 68—71.]
12. Gostroverhova I.P. Leishmaniasis of skin. Rossi Zhurn Kozhn i Venerich Boleznej 2010; 3: 45—47. [Гостроверхова И.П. Лейшманиоз кожи. Росс журн кожн и венерич болезней 2010; 3: 45—47.]
13. Lazarev V.V., Albegova B.Z., Gussoeva I.G. The case of visceral leishmaniasis in a child living in North Ossetia. Medicinskij vestnik Juga Rossii 2010; 2: 77—79. [Лазарев В.В., Албегова Б.З., Гуссоева И.Г. Случай висцерального лейшманиоза у ребенка, проживающего в Северной Осетии. Медицинский вестник Юга России 2010; (2): 77—79.]
14. Krivosheina E.L., Kulikova T.I. Visceral leishmaniasis in a child 2 years old. Pediatrija. Zhurnal im. G.N. Speranskogo 2001; 2: 92—93 [Кривошеина Е.Л., Куликова Т.И. Висцеральный лейшманиоз у ребенка 2 лет. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского 2001; (2): 92—93.]
15. Bogadelnikov I.V., Vjalceva Ju.V., Karimov I.Z., Degtjareva A.A., Mazinova E.R., Djadjura E.N., Los'-Jacenko N.G. Leishmaniasis — a surprise from the East. Zdorove rebenka 2012; 3: 107—109. [Богадельников И.В., Вяльцева Ю.В., Каримов И.З., Дегтярева А.А., Мазина Э.Р., Дядюра Е.Н., Лось-Яценко Н.Г. Лейшманиоз — сюрприз с Востока. Здоровье ребенка 2012; 3: 107—109.]
16. Bronshtejn A.M., Malyshev N.A., Davydova I.V., Sergiev V.P., Kochergin N.G. Surveillance of zoonotic cutaneous leishmaniasis in Moscow tourists visited Tunisia, and their successful treatment with ketoconazole. Rossi Zhurn Kozhn i Venerich Boleznej 2005; 6: 30—33. [Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Давыдова И.В., Сергиев В.П., Кочергин Н.Г. Наблюдения зоонозного кожного лейшманиоза у московских туристов, посетивших Тунис, и их успешной терапии кетоконазолом. Росс журн кожн и венерич болезней 2005; (6): 30—33.]
17. Hoger P. Kinderdermatologie 2013; 404—405.
18. Paller A.S., Mancini A.J. Hurwitz Clinical Pediatric dermatology 2011; 346—347.

об авторах: ▶

Д.В. Заславский — д.м.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии СПбГПМУ

Е.М. Андриенко — врач-дерматовенеролог КДЦ СПбГПМУ

И.Ю. Александрова — врач-дерматовенеролог КДЦ СПбГПМУ

Е.Л. Матвеева — врач-лаборант КДЦ СПбГПМУ

С.Е. Семенова — врач-лаборант КДЦ СПбГПМУ

М.Е. Зуев — хирург КДЦ СПбГПМУ

А.А. Гайдук — к.м.н., главный врач КДЦ СПбГПМУ

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье