

КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Евгения Александровна Каргапольцева^{1✉}, Елена Николаевна Ефанова^{1,2},
Ирина Владимировна Улитина¹, Диана Владимировна Михайлова¹,
Полина Александровна Андрова²

¹Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер, Сургут, Россия

²Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Аннотация. Цель – предоставить врачам-дерматовенерологам, инфекционистам и прочим специалистам актуальную информацию о кожном лейшманиозе, а также презентовать клинический случай кожного лейшманиоза. Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации и фотоархива случая кожного лейшманиоза в БУ ХМАО-Югры «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер». Кожная форма лейшманиоза, нетипичного для северного региона России, была заподозрена и выявлена врачами-дерматовенерологами. Пациентка была своевременно маршрутизирована к врачу-инфекционисту для дальнейшего дообследования и подбора терапии. Кожный лейшманиоз – актуальная междисциплинарная проблема, требующая внимания дерматологов, инфекционистов и эпидемиологов. Рост завозных случаев, сложности диагностики и ограниченные возможности лечения делают необходимым повышение осведомленности врачей, междисциплинарного взаимодействия и развитие лабораторной базы для своевременного выявления заболевания.

Ключевые слова: лейшманиоз, кожный лейшманиоз, высыпания на коже, врач-дерматовенеролог

Шифр специальности: 3.3.3. Патологическая физиология.

3.1.23. Дерматовенерология.

Для цитирования: Каргапольцева Е. А., Ефанова Е. Н., Улитина И. В., Михайлова Д. В., Андрова П. А. Кожный лейшманиоз в практике врача-дерматовенеролога // Вестник СурГУ. Медицина. 2025. Т. 18, № 4. С. 74–78. <https://doi.org/10.35266/2949-3447-2025-4-10>.

Original article

CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN DERMATOVENEROLOGIST'S PRACTICE

Evgeniya A. Kargapoltseva^{1✉}, Elena N. Efanova^{1,2}, Irina V. Ulitina¹,
Diana V. Mikhaylova¹, Polina A. Androva²

¹Surgut Clinical Dermatovenerologic Dispensary, Surgut, Russia

²Surgut State University, Surgut, Russia

Abstract. The aim of the study is to provide dermatovenerologists, infectologists, and other medical workers with relevant information about cutaneous leishmaniasis as well as to present a cutaneous leishmaniasis case. The authors perform a retrospective analysis of original medical records and photo archives related to the cutaneous leishmaniasis case treated at the "Surgut Clinical Dermatovenerologic Dispensary", Surgut. Local dermatovenerologists have diagnosed a cutaneous form of the specified disease, while it is atypical for the North of Russia. The patient has consulted the infectious disease specialist promptly for follow-up examination and medical treatment. Cutaneous leishmaniasis is an urgent interdisciplinary problem requiring close attention from dermatovenerologists, infectologists, and epidemiologists. The growing number of introduced cases, diagnostic complexity, and limited therapeutic methods determine the necessity of raising awareness about this disease among medical workers, improving comprehensive interaction, and advancing the laboratory facilities for timely pathology detection.

Keywords: leishmaniasis, cutaneous leishmaniasis, skin rashes, dermatovenerologist

Code: 3.3.3. Pathophysiology.

3.1.23. Dermatovenerology.

For citation: Kargapoltseva E. A., Efanova E. N., Ulitina I. V., Mikhaylova D. V., Androva P. A. Cutaneous leishmaniasis in dermatovenerologist's practice. *Vestnik SurGU. Meditsina*. 2025;18(4):74–78. <https://doi.org/10.35266/2949-3447-2025-4-10>.

ВВЕДЕНИЕ

Лейшманиоз продолжает оставаться серьезной проблемой для здравоохранения и общества, особенно в регионах с устойчивой циркуляцией возбудителя. При этом его эпидемиологическая значимость расширяется за пределы классических очагов из-за увеличения числа международных путешествий, перемещения населения и климатических изменений [1].

Лейшманиозы представляют собой группу трансмиссивных протозойных инфекций, поражающих как людей, так и животных. В зависимости от формы заболевания патологический процесс может затрагивать кожные покровы (кожная форма), кожу и слизистые оболочки (кожно-слизистая форма), а также внутренние органы (висцеральная форма) [2, 3].

Сегодня заболевание распространено более чем в 80 государствах, общее количество инфицированных достигает 60 миллионов человек. Ежегодно фиксируется около 40 тысяч новых случаев, а риск заражения угрожает приблизительно 350 миллионам людей. Основные зоны активной передачи инфекции сосредоточены в Северной и Центральной Африке, а также в Азии, включая Среднюю Азию (Туркменистан, Узбекистан) [2]. В период с 2019 по 2021 г. в России было выявлено 11 случаев лейшманиоза, из них 3 кожных формы, 8 висцеральных форм. Кожная форма заболевания была обнаружена у жителей Ростовской и Московской областей, Севастополя. Висцеральный лейшманиоз зарегистрирован в Москве, Республике Крым, Архангельской области, Ямало-Ненецком автономном округе. Среди пациентов были как взрослые, так и дети [3, 4].

Существуют различные подходы к классификации лейшманиозов. Одна из распространенных систематизаций подразделяет эти инфекции на лейшманиозы Старого Света и Нового Света, что обусловлено различиями в их географическом распространении [2, 3].

Основными переносчиками лейшманиоза являются москиты. Эти насекомые обладают ограниченной способностью к полету, предпочитая передвигаться короткими прыжками. Характерно, что москиты не производят никаких звуков при движении. Питание кровью характерно исключительно для самок этих насекомых. Пик активности нападений на людей и животных наблюдается в вечерние часы после захода солнца. Их укусы вызывают болезненные ощущения, сопровождающиеся зудом и образованием папул. Следует отметить, что возможен еще один путь передачи лейшманий – при переливании компонентов крови [5, 6].

Возбудители заболевания принадлежат к роду *Leishmania*. Их жизненный цикл отличается сложной организацией, предполагающей смену хозяев и существование в двух морфологических формах: амстиготной (лишенной жгутиков) и промастиготной (имеющей жгутик). Безжгутиковая форма паразитирует в организме теплокровных животных и человека, локализуясь преимущественно в фагоцитирующих клетках ретикулоэндотелиальной системы, особенно в макрофагах. Жгутиковая же форма развивается в пищеварительной системе москитов, которые выполняют функцию переносчиков инфекции [5, 6]. При проникновении в организм млекопитающих,

включая человека, возбудитель трансформируется в амстиготную форму. Данная стадия отличается округлыми или овальными очертаниями, отсутствием жгутикового аппарата и значительно меньшими размерами (2–3 мкм). Особенностью этой формы является внутриклеточный паразитизм преимущественно в клетках ретикулоэндотелиальной системы [5, 6].

Начальным проявлением лейшманиоза служит образование гиперемизированного уплотнения (папулы) в области укуса переносчика. Хотя в некоторых случаях папула может сформироваться непосредственно после укуса, чаще всего ее появление отмечается через 14–28 дней. В течение нескольких недель происходит прогрессирующее увеличение образования, достигающего диаметра около 2 см, с трансформацией в плотный багровый узел. В дальнейшем центральная часть узла подвергается некротическим изменениям, формируется язвенный дефект с типичными морфологическими особенностями (кратерообразная конфигурация, подрывные края, неровная гранулирующая поверхность, серозно-гнойное отделяемое, образующее корки (описанный комплекс признаков известен как «симптом вулкана»)) [3, 5]. Характерной особенностью является появление вторичных элементов (дочерних лейшманиом) в перифокальной зоне. Процесс регресса начинается с центральной части язвенного дефекта, постепенно распространяясь к периферии. Исходом заболевания становится формирование атрофического рубца с нарушением пигментации и неправильными контурами [7].

Антропонозная форма заболевания имеет сходную симптоматику с зоонозным вариантом, однако характеризуется рядом отличительных черт: кожные проявления преимущественно представлены единичными элементами, воспалительная реакция менее интенсивна, отмечается более продолжительное течение патологического процесса, терапия требует более сложного подхода и отличается меньшей эффективностью [7].

Диагноз устанавливается главным образом микроскопически при обнаружении лейшманий в мазках пунктатов костного мозга (в крови лейшмании обнаруживаются крайне редко) или мазках костных инфильтратов (или язв). В последние годы используется современный метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволяющий также обнаруживать лейшмании в биологическом материале и идентифицировать их до вида [8].

Дифференциальная диагностика кожного лейшманиоза проводится с сифилисом, туберкулезом кожи, лепрой, лимфомой [5, 6, 8].

Разработка схемы лечения лейшманиоза требует комплексного подхода, учитывающего не только форму заболевания, но и индивидуальные особенности пациента. Ключевыми факторами при определении стратегии терапии выступают общее состояние больного, наличие сопутствующих патологий, показатели иммунного статуса, а также специфические биологические характеристики возбудителя [3, 5]. Современная медицина сталкивается с существенными сложностями в лечении кожных форм лейшманиоза, что обусловлено отсутствием универсальных и абсолютно безопасных лекарственных схем. Эти ограни-

чения связаны с географической вариабельностью эффективности препаратов и выраженной токсичностью большинства существующих антилейшманиозных средств. В клинической практике для местного лечения кожных проявлений применяют несколько подходов: фармакотерапию (препараты пятиявальной сурьмы, паромомициновую мазь); физические методы воздействия (криотерапию, радиочастотную абляцию); лазерные технологии (CO₂-лазерную вапоризацию). Каждый из этих методов имеет свои показания и ограничения, а их выбор зависит от конкретной клинической ситуации [3, 5].

Цель – предоставить врачам – дерматовенерологам, инфекционистам и прочим специалистам актуальную информацию о кожном лейшманиозе, а также презентовать клинический случай кожного лейшманиоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации и фотоархива случая кожного лейшманиоза в БУ ХМАО-Югры «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер». Получено информированное согласие пациентки на публикацию анонимных данных.

Получено согласие этического комитета Сургутского государственного университета на публикацию материала.

Клинический случай. Пациентка М., 2018 г.р. Обратилась к дерматовенерологу Сургутского клинического кожно-венерологического диспансера амбулаторно в сентябре 2024 г. в сопровождении матери. Предъявляла жалобы на высыпания на коже лица без субъективных ощущений.

Анамнез заболевания: родители считают ребенка больным с января 2023 г., когда впервые заметили высыпания на лице ребенка. Начало заболевания ни с чем не связывают. До января 2023 г. постоянно проживали в Таджикистане. В январе 2023 г. в течение 1 месяца ребенок с родителями пребывал в Российской Федерации, с февраля по июнь 2023 г. находились в Таджикистане. С июня 2023 г. ребенок постоянно находится на территории России в городе Сургуте. Не отрицают факты укусов ребенка насекомыми в Таджикистане. Самостоятельно лечились наружно мазью левомеколь – без эффекта, к врачам по данному поводу не обращались. С января 2023 г. по сентябрь 2024 г. родители отметили постепенное увеличение в размерах высыпаний на коже лица ребенка и их изъязвление. Со слов родителей, высыпания и зуд в семье никого не беспокоят.

Анамнез жизни: ребенок рожден в срок, без патологии. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. На диспансерном учете у других специалистов не состоит, хронические заболевания в анамнезе отрицает. Наследственность дерматологически не отягощена. Аллергические реакции на лекарственные препараты в прошлом отрицает.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит ограниченный характер. На коже лица в области носа и правой щеки визуализируются 2 воспалительных узла до 0,5 см в диаметре, насыщенного розово-красного цвета, мягко-эластической консистенции, безболезненных при пальпации (рис. 1). При витропрессии определялся легкий

желтоватый оттенок высыпаний. Температурная, тактильная и болевая чувствительность в очагах на коже не нарушены. Дерматоскопически – диффузная эритема, в центральной зоне овоидные структуры оранжево-розового цвета и белесоватый венчик гипопигментации по периферии очага (рис. 2). Других высыпаний на коже и видимых слизистых нет. Дермографизм красный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.



Рис. 1. Пациентка М. Высыпания на коже лица
Примечание: фото авторов.



Рис. 2. Дерматоскопическая картина высыпаний на коже лица.
Окуляр – 10, иммерсионный. Дерматоскоп Heine Delta 20
Примечание: фото авторов.

Проведены дополнительные виды обследования. В общих анализах крови, мочи, биохимическом исследовании крови без патологических изменений. Иммунохемилюминесцентный анализ крови для выявления антител к *T. pallidum* – отрицательный. Микроскопия чешуек гладкой кожи из очага поражения на патогенные грибы – дерматомицеты не обнаружены. Микроскопия мазка из очага поражения на патогенные микроорганизмы – предположительно обнаружен амастигот (тельца Лейшмана – Донована) (рис. 3).

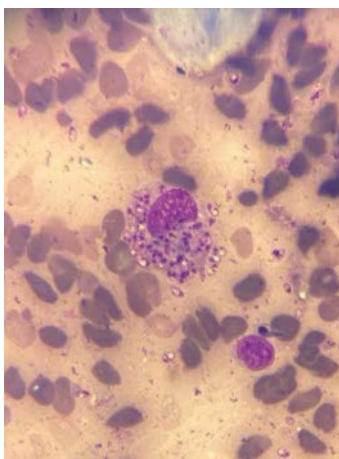


Рис. 3. Микроскопическое исследование препарата биологического материала, окраска по Граму (окуляр – 20, объектив – 100, иммерсионный). Включения, морфологически сходные с амastиготами (тельцами Лейшмана – Донована)
Примечание: фото авторов.

На основании жалоб (высыпания на открытых участках тела), данных анамнеза (прибытие из региона, эпидемиологически неблагополучного по лейшманиозу, длительное течение патологического кожного процесса), характерных клинических

проявлений, данных лабораторных методов исследования был выставлен предварительный диагноз: «B55.1 Кожный лейшманиоз, городская форма».

Пациентка маршрутизирована к врачу-инфекционисту для дообследования и подбора терапии. Позже выяснено, что диагноз «кожный лейшманиоз» был подтвержден и ребенок получил полный курс лечения препаратом рифампицин в дозе 200 мг в сутки в течение 21 дня с положительной динамикой кожного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кожный лейшманиоз – актуальная междисциплинарная проблема, требующая внимания дерматовенерологов, инфекционистов и эпидемиологов. Рост завозных случаев, сложности диагностики и ограниченные возможности лечения делают необходимым повышение осведомленности врачей, междисциплинарного взаимодействия и развитие лабораторной базы для своевременного выявления заболевания.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Родин А. Ю., Волошин Р. Н. Дирофиляриоз, миазы, лейшманиоз – будущая обыденная практика дерматолога (клинические случаи) // Вестник СурГУ. Медицина. 2021. № 3. С. 38–43. <https://doi.org/10.34822/2304-9448-2021-3-38-43>.
2. World Health Organization. Leishmaniasis. Geneva: WHO. URL: https://www.who.int/gho/neglected_diseases/leishmaniasis/en (дата обращения: 09.07.2025).
3. Ал Махфуд Р., Сипров А. В., Романова Э. В. и др. Клинико-фармакологические аспекты лейшманиоза // Современные проблемы науки и образования. 2023. № 3. <https://doi.org/10.17513/spno.32596>.
4. Колдарова Э. В., Мухамедов Б. И., Курбанов О. Ж. и др. Клинический случай поздней диагностики хронического незаживающего кожного лейшманиоза // Дерматовенерология. Косметология. 2022. Т. 8, № 1. С. 84–91. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.8.1.013>.
5. Родин А. Ю., Смирнов А. В. Лейшманиоз. Эпидемиология, клинические проявления, диагностика и лечение // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2020. № 1. С. 181–183. [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1\(73\)-181-183](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1(73)-181-183).
6. Чуелов С. Б., Россина А. Л. *Leishmania martiniquensis* – новый возбудитель кожного и висцерального лейшманиоза у человека // Детские инфекции. 2018. Т. 17, № 4. С. 46–52. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-4-46-52>.
7. Проскурина М. И., Заторская Н. Ф., Валитова И. В. и др. Семейный случай кожного лейшманиоза на приеме детского дерматолога // Клиническая дерматология и венерология. 2020. Т. 19, № 5. С. 640–646. <https://doi.org/10.17116/klinderma202019051640>.
8. Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Лабораторная диагностика гельминтозов и протозоозов : метод. указания. М. : Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2014. 154 с.

REFERENCES

1. Rodin A. Yu., Voloshin R. N. Dirofilariasis, myiasis, leishmaniasis – the upcoming trivial practice for dermatologists (Clinical cases). *Vestnik SurGU. Meditsina*. 2021;49(3):38–43. <https://doi.org/10.34822/2304-9448-2021-3-38-43>. (In Russ.).
2. World Health Organization. Leishmaniasis. Geneva: WHO. URL: https://www.who.int/gho/neglected_diseases/leishmaniasis/en (accessed: 09.07.2025).
3. Al Mahfoud R., Siprov A. V., Romanova E. V. et al. Clinical and pharmacological aspects of leishmaniasis. *Modern problems of Science and Education*. 2023;(3). <https://doi.org/10.17513/spno.32596>. (In Russ.).
4. Koldarova E., Mukhamedov B., Kurbanov O. et al. A clinical case of late diagnosis of chronic non-healing cutaneous leishmaniasis. *Dermatovenereology. Cosmetology*. 2022;8(1):84–91. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.8.1.013>. (In Russ.).
5. Rodin A. J., Smirnov A. V. Leishmaniasis. Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Journal of Volgograd State Medical University*. 2020;17(1):181–183. [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1\(73\)-181-183](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2020-1(73)-181-183). (In Russ.).
6. Chuelov S. B., Rossina A. L. *Leishmania martiniquensis* is a new causative agent for cutaneous and visceral leishmaniasis in humans. *Children Infections*. 2018;17(4):46–52. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-4-46-52>. (In Russ.).
7. Proskurina M. I., Zatorskaya N. F., Valitova I. V. et al. The case of family cutaneous leishmaniasis at a pediatric dermatologist's practice. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2020;19(5):640–646. <https://doi.org/10.17116/klinderma202019051640>. (In Russ.).
8. Control methods. Biological and microbiological factors. Laboratory diagnostics of helminthiasis and protozoa: method. instructions. Moscow: Federal Center for Hygiene and Epidemiology of Rosпотребнадзор; 2014. 154 p. (In Russ.).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Е. А. Каргапольцева – заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением;

<https://orcid.org/0009-0002-9353-6463>,

zav_apo@kvdsurgut.ru

Е. Н. Ефанова – кандидат медицинских наук, доцент;

<https://orcid.org/0000-0003-1355-3125>,

efanova_en@surgu.ru

И. В. Улитина – главный врач;

<https://orcid.org/0000-0001-9873-1378>,

priemnaya@kvdsurgut.ru

Д. В. Михайлова – исполняющий обязанности заместителя главного врача по медицинской части;

<https://orcid.org/0009-0007-4167-2339>,

zam_med@kvdsurgut.ru

П. А. Андрова – ординатор;

<https://orcid.org/0009-0002-4236-5254>,

daniлова_pa@edu.surgu.ru

ABOUT THE AUTHORS

E. A. Kargapoltseva – Head of Hospital's Outpatient Department;

<https://orcid.org/0009-0002-9353-6463>,

zav_apo@kvdsurgut.ru

E. N. Efanova – Candidate of Sciences (Medicine), Docent;

<https://orcid.org/0000-0003-1355-3125>,

efanova_en@surgu.ru

I. V. Ulitina – Chief Medical Officer;

<https://orcid.org/0000-0001-9873-1378>,

priemnaya@kvdsurgut.ru

D. V. Mikhaylova – Acting Deputy Chief Medical Officer for Medical Affairs;

<https://orcid.org/0009-0007-4167-2339>,

zam_med@kvdsurgut.ru

P. A. Androva – Resident;

<https://orcid.org/0009-0002-4236-5254>,

daniлова_pa@edu.surgu.ru