



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ  
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА  
УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ  
ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА  
ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
( Управление Роспотребнадзора по Волгоградской области )  
ю.а. Комсомольская ул., д. 10 б, строение 2, г. Волгоград, 400131;  
ф.а. Ленина пр., 50 б, г. Волгоград, 400005  
Тел: (8442) 24-36-41, факс: (8442) 24-36-47  
E-mail: info@34.rosпотребнадзор.ru  
ОКПО 76871536, ОГРН 1053444025920  
ИНН/КПП 3444121098/344401001

Председателю комитета  
здравоохранения Волгоградской  
области  
Шкарина В.В.

Для сведения: Главным врачам  
учреждений здравоохранения  
Волгоградской области

18.03.2014г. № 11-24-5200-15

О ситуации по лейшманиозу  
в Волгоградской области

Уважаемый Владимир Вячеславович!

Управление Роспотребнадзора по Волгоградской области направляет письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 04.03.2015 № 01/2160-15-27 «О заболеваемости лейшманиозом в Российской Федерации» (прилагается).

За период с 2011 по 2014гг. в Российской Федерации зарегистрировано 23 случая лейшманиоза, в том числе 15 случаев кожного и 8 случаев висцерального лейшманиоза. Завоз лейшманиоза зарегистрирован из 11 стран: Азербайджан, Израиль, Индонезии, Испании, Мексики, Сирии, Таджикистана, Туркменистана, Турции, Узбекистана. Все случаи лейшманиоза связана с миграцией и передвижением людей, не имеющих иммунитета, в эндемичные территории, где сохраняется возможность передачи возбудителя лейшманиоза.

В Волгоградской области в 2011 году зарегистрирован случай кожного лейшманиоза у женщины 1962 г.р., проживающей в г. Волжский Волгоградской области. Больная выявлена при обращении за медицинской помощью в ГУЗ Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера, г. Волжский. Из анамнеза установлено: заболевшая находилась в Узбекистане г. Мубарек, Бухарской области в гостях с 06.03.2011г. по 07.07.2011года. В период нахождения в Узбекистане (01.07.2011г.) появилась болезненность и увеличение лимфатических узлов в подмышечных областях, сыпь папулезная красного цвета. 20.07.2011г. – после приезда в г. Волжский обратилась к врачу в МУЗ «Городская поликлиника №3» с жалобами на отек ноги в области колена, направлена на консультацию и лечение в ГУЗ «Волгоградский областной кожно-венерологический диспансер №7» г. Волжский с диагнозом: Пиодермия?, проводилось лечение, состояние не значительно улучшилось. В начале сентября 2011 года в течение 2-х недель отмечает подъем температуры до

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВО  
Вх. 3689 Дата 18.03.15

37,6С, появились язвы на верхних и нижних конечностях с отеком окружающей ткани, увеличение периферических лимфатических узлов, боли в конечностях. Направлена на лечение в МУЗ Городская клиническая больница №1 им. С.З.Фишера, г. Волжский с предварительным диагнозом: Тромбофлебит, трофические язвы, рожистое воспаление? Кожный лейшманиоз? При исследовании мазка из инфильтратов язвы голени в паразитологической лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области» обнаружены простейшие рода *Leishmaniasis*. Пролечена противопаразитарными препаратами.

Во исполнении поручений Федеральной службы предлагаю принять меры по внедрению современных методов диагностики лейшманиоза регламентированных МУК 4.2.3145-13 «Паразитологические методы диагностики гельминтозов» в работе диагностических лабораторий лечебно-профилактических организаций, организовать и провести обучение медицинского персонала по вопросам диагностики, лечения и профилактики лейшманиозов, активизировать разъяснительную работу с населением по профилактике лейшманиоза с использованием средств массовой информации.

Прошу представить в Управление информацию об проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятиях до 20.07.2015г. на бумажном носителе и э/п (Bondareva\_ob@grn34.ru).

Приложение: письмо Федеральной службы от 04.03.2015г. № 01/2160-15-27 в 1 экз. на 2 л.

С уважением,  
Руководитель



А.В. Злепко

Бондарева Ольга Борисовна

Тел. 24-36-34



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ  
В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ  
И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА  
(РОСПОТРЕБНАДЗОР)

Вадковский пер., д. 18, стр. 5 и 7, г. Москва, 127994  
Тел.: 8 (499) 973-26-90; Факс: 8 (499) 973-26-43  
E-mail: depart@gse.ru http://www.rosпотребнадзор.ru  
ОКПО 00083339 ОГРН 1047796261512  
ИНН 7707515984 КПП 770701001

04.03 2015 № 01/2160-15-27

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О ситуации по лейшманиозам в Российской Федерации

Руководителям управлений  
Роспотребнадзора по субъектам  
Российской Федерации,  
по железнодорожному транспорту

Главным врачам ФБУЗ «Центр  
гигиены и эпидемиологии» в  
субъектах Российской Федерации, на  
железнодорожном транспорте

Руководителям органов  
исполнительной власти субъектов  
Российской Федерации в сфере  
охраны здоровья

Директорам ФБУН «Ростовский  
научно-исследовательский институт  
микробиологии и паразитологии»  
Роспотребнадзора,  
ФБУН «Тюменский научно –  
исследовательский институт  
инфекционной и краевой патологии»  
Роспотребнадзора

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека информирует, что на территории Российской Федерации ежегодно регистрируются завозные случаи висцерального и кожного лейшманиоза, которые по данным Всемирной организации здравоохранения отнесены к «забытым тропическим болезням».

По оценкам ВОЗ ежегодно в мире регистрируются от 700 тысяч до 1,3 миллиона новых случаев кожного лейшманиоза и 200 – 400 тысяч случаев висцерального лейшманиоза. В среднем от висцерального лейшманиоза в мире погибает до 30 тысяч человек и по показателям смертности висцеральный лейшманиоз уступает только малярии.

Висцеральный лейшманиоз является высокоэндемичным заболеванием в Индии и Восточной Африке. Свыше 90% случаев висцерального

лейшманиоза регистрируется в шести странах: Бангладеш, Бразилии, Индии, Судане, Эфиопии и Южном Судане.

Кожный лейшманиоз является самой распространенной формой лейшманиоза. По данным ВОЗ более двух третей случаев заболевания приходится на шесть стран: Алжир, Афганистан, Бразилию, Иран, Колумбию и Сирию.

При слизисто-кожном лейшманиозе (разновидность кожного лейшманиоза), сопровождающимся разрушением носовой перегородки, мягкого неба, хрящей глотки и гортани, в 90% случаев заражение происходит в Боливии, Бразилии и Перу.

В Российской Федерации регистрируются только завозные случаи лейшманиоза. Это связано с выездом в страны с теплым климатом – тропики, субтропики. Риск заражения лейшманиозом остается при посещении стран ближнего зарубежья: Азербайджана, Армении, Грузии, Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана в пик активности переносчиков возбудителя (май- сентябрь).

Всего за последние 4 года (с 2011 по 2014 годы) было зарегистрировано 23 случая лейшманиоза, в том числе 15 случаев кожного и 8 случаев висцерального лейшманиоза.

Висцеральный лейшманиоз зарегистрирован в 6 субъектах Российской Федерации: Республике Дагестан, Пермском и Красноярском краях, Самарской области, городах Москва и Санкт-Петербург.

Кожный лейшманиоз зарегистрирован в 8 субъектах Российской Федерации: Хабаровском крае, республиках: Крым и Татарстан, Волгоградской, Томской и Калужской областях, городах: Москва и Санкт-Петербург)

В структуре заболевших доля детей до 14 лет составила 44% (10 сл.). Максимальная заболеваемость лейшманиозом пришлось на детей в возрасте от 3 до 6 лет (6случаев). Зарегистрирован завозной случай кожного лейшманиоза у ребенка 8 месяцев –жителя Ленинабадского района Таджикистана.

На долю городских жителей пришлось 91% (23сл.) от числа заболевших. Удельный вес женщин составил 61% (15 случаев).

Анализ случаев лейшманиоза по месяцам года показывает, что лейшманиоз регистрируется в течение всего года, что связано с посещением россиянами эндемичных по лейшманиозу стран в течение всего года.

За четырехлетний период зарегистрирован завоз лейшманиоза из 11 стран: Азербайджана, Израиля, Индонезии, Ирана, Испании, Мексики, Сирии, Таджикистана, Туркменистана, Турции, Узбекистана.

Висцеральный лейшманиоз был завезен из трех стран: Мексики, Азербайджана, Ирана. Наибольшее число случаев висцерального лейшманиоза завезено из Азербайджана.

Максимальное число завозных случаев лейшманиоза зарегистрировано в г. Москве ( 5сл.) и г.Санкт- Петербурге (6 сл.).

Все случаи лейшманиоза связаны с миграцией и передвижением людей, не имеющих иммунитета, в эндемичные территории, где сохраняется возможность передачи возбудителя лейшманиоза.

Завоз лейшманиоза происходит в большинстве случаев коренными жителями эндемичных стран, в том числе азербайджанцами (5 сл.), таджиками (5 сл.), узбеками

(3 сл.), туркменами (1 сл.), а также российскими гражданами после туристических поездок (9сл.).

Анализ случаев лейшманиоза показывает, что после возвращения из эндемичной территории клинические проявления наблюдались при кожном лейшманиозе спустя 1- 4 месяца, при висцеральном лейшманиозе - спустя 2- 6 месяцев.

При обращении за медицинской помощью имела место поздняя диагностика как висцерального, так и кожного лейшманиоза. Так, диагноз «Висцеральный лейшманиоз?» в первые три дня от момента обращения за медицинской помощью установлен только в одном случае (Республика Дагестан), в остальных случаях постановка диагноза варьировала от 12 дней до 4 месяцев от момента обращения за медицинской помощью. Больным были поставлены первично диагнозы «Анемия тяжелой степени?» «ОРВИ?», «Инфекционный мононуклеоз».

По данным ВОЗ проблема ассоциации висцерального лейшманиоза с ВИЧ-инфекцией в мире является актуальной. Наибольшее число случаев микст-инфекции висцерального лейшманиоза и ВИЧ-инфекции отмечается в странах Средиземноморья, в Южной Европе и в Северной Африке.

При ассоциации висцерального лейшманиоза с ВИЧ-инфекцией резко возрастает интенсивность инвазии и лейшмании в большом количестве появляются в крови.

В Российской Федерации одной из ведущих причин заражения ВИЧ-инфекцией является внутривенное введение наркотиков, в связи с этим остается угроза парентерального пути заражения лейшманиозом наркоманов (лейкоциты с амстиготами паразита попадают в кровь).

У ВИЧ-инфицированных даже слабовирулентные штаммы лейшманий могут вызвать поражение внутренних органов. Лейшманиоз у них развивается в результате как недавнего заражения, так и реактивации латентной инфекции.

В 2013 году в Санкт- Петербурге зарегистрирован случай висцерального лейшманиоза у больного с ВИЧ-инфекцией.

По социальному статусу 91% (21 сл.) заболеваний приходится на долю безработных, студентов и детей. Установлено, что недостаточное потребление продуктов с высоким содержанием протеинов, железа, витамина А и цинка повышает риск развития тяжелой формой висцерального лейшманиоза (кала-азар) после инфицирования.

Анализ карт эпидемиологического расследования случаев лейшманиоза свидетельствует о низком качестве проводимых эпидемиологических расследований, противоэпидемических и профилактических мероприятий в городе Москве. Составление карт эпидемиологического расследования проводится крайне небрежно с многочисленными ошибками, неточностями, противоречиями. В большинстве представленных карт произвольно исключена строка, свидетельствующая о проведении эпидемиологическом расследовании. В результате эпидемиологическое расследование сводится к заполнению паспортных данных. Кроме того, экстренная сигнализация о случаях лейшманиоза не отработана. Так, больному К., диагноз выставлен в январе и только через 10 месяцев поступило экстренное извещение, в другом случае экстренная сигнализация на больного с лейшманиозом поступила через 11 дней. Во всех представленных картах отсутствуют сведения и наблюдения за

лицами, которые могли находиться в тех же условиях и также подвергнуться риску заражения. В картах указано, что диагноз «лейшманиоз» без вопроса поставлен пациенту в первый день обращения за медицинской помощью. Так, в одном из случаев больной был обследован на лейшманиоз только через 18 дней. Описание клинической картины ограничивается одним термином «язва на коже». Кроме того, не указаны условия, которые способствовали заражению лейшманиозом, отсутствует эпидемиологическая диагностика, а также должности специалистов, которые проводили расследования.

В целях улучшения профилактических, противоэпидемических мероприятий по лейшманиозу предлагаю:

1. Руководителям управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации совместно с руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, главным врачам ФБУЗ центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации:

1.1. Обеспечить применение эффективных методов диагностики, регламентированных МУК 4.2.3145-13 «Паразитологические методы диагностики гельминтозов» для выявления возбудителей лейшманиозов.

1.2. Организовать обучение и регулярную подготовку специалистов медицинских организаций по клинике, диагностике, лечению и профилактике лейшманиозов.

1.3. Усилить разъяснительную работу с населением о профилактике лейшманиозов среди лиц, выезжающие в эндемичные страны с использованием всех каналов СМИ, интернет-ресурсов, печатных и других изданий.

2. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации:

2.1. Обеспечить контроль за полнотой проведения эпидемиологического расследования случаев лейшманиоза.

2.2. Обеспечить качественное заполнение карт эпидемиологического расследования случаев паразитарного заболевания в соответствии с методическими указаниями З.2.2601-10 «Профилактика описторхоза» (приложение I).

2.3. Направлять в Роспотребнадзор карты эпидемиологического расследования на каждый случай лейшманиоза.

3. Руководителю Управления Роспотребнадзора по городу Москве принять меры по улучшению заполнения карт эпидемиологического расследования и доложить в Роспотребнадзор о принятых мерах к 01.04. 2015.

Руководитель

А.Ю. Попова



Гусева Татьяна Михайловна  
8 (499) 973-27-35