



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)

ул. Рабоче-Крестьянская, 16. Волгоград, 400001
Тел. (8442) 30-99-99. Факс (8442) 30-99-96
E-mail: oblzdrav@volganet.ru
ОКПО 00088390, ОГРН 1023403443744,
ИНН/КПП 3444050369/346001001

Главным врачам
государственных
учреждений
здравоохранения

13.04.2015 № 14-06-1990
На № _____ от _____

О ситуации по лейшманиозу

Комитет здравоохранения Волгоградской области (далее - комитет) направляет информацию "О ситуации по лейшманиозу в Волгоградской области", представленную Управлением Роспотребнадзора по Волгоградской области, для сведения и использования в работе.

За период с 2011 по 2014 г.г. в Российской Федерации зарегистрировано 23 случая лейшманиоза, завоз которого произошел из 11 стран (Азербайджана, Израиля, Индонезии, Испании, Мексики, Сирии, Таджикистана, Туркменистана, Турции, Узбекистана).

В 2011 году зарегистрирован случай кожного лейшманиоза у женщины, проживающей в г. Волжском Волгоградской области. Диагноз лейшманиоз установлен через 1,5 месяца с момента первичного обращения после исследования мазка из инфильтратов язвы в паразитологической лаборатории ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области", обнаружены простейшие рода *Leishmaniasis*. Больная лейшманиозом пролечена противопаразитарными препаратами.

В целях своевременного выявления случаев лейшманиоза, улучшения профилактических, противоэпидемических мероприятий по лейшманиозу комитет предлагает:

- в срок до 01.06.2015 организовать подготовку медицинского персонала по вопросам эпидемиологии, клиники, лечения, профилактики и внедрения современных методов лабораторной диагностики лейшманиозов, регламентированных методическими указаниями МУК 4.2.3145-13 "Паразитологические методы диагностики гельминтозов",

- при всех видах оказания медицинской помощи, в том числе и профилактических медицинских осмотрах, обеспечить своевременное лабораторное обследование пациентов с подозрением на лейшманиоз: отбор и доставку биологического материала в паразитологическую лабораторию,

- обеспечить тщательный сбор эпидемиологического анамнеза (укус кровососущими москитами, пребывание на эндемичных по лейшманиозу территориях),

- активизировать санитарно-просветительную работу с населением по профилактике лейшманиоза с использованием средств массовой информации, нацелив на своевременность обращения за медицинской помощью и недопустимость самолечения.

О проведенных мероприятиях сообщить в ГКУ ДЗ ВО на E-mail:d_pinf@votiac.ru в срок до 10.06.2015.

Приложение: на _6_ л. в 1 экз.

Заместитель председателя комитета
здравоохранения Волгоградской области



А.И.Себелев

А.А.Муромцева
(8442) 30-99-84



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)
к/а Комсомольская ул., д. 10 Б, строние 2, г. Волгоград, 400371;
ф.к. Ленин пр., 50 Б, г. Волгоград, 400983
тел. (8442) 24-36-41; факс (8442) 24-36-47
E-mail: info@rosnabz.ru, info@volgograd.ru
ФКПО 76371436, ОГРН 1043441023920
ИНН/КПП 34-411058/344401001

Председателю комитета
здравоохранения Волгоградской
области
Шкарину В.В.

Для сведения: Главным врачам
учреждений здравоохранения
Волгоградской области

18.03.2014г. № 11-24-3000-15

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, Индонезия, 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. Финнера, 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: Псориаз?, проводилось лечение, состояние не значительно улучшилось. В начале сентября 2011 года в течение 2-х недель отмечался подъем температуры до

36,89 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@rpm34.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)**

Надзоровский пер., д. 18, стр. 5 и 7, г. Москва, 127994
Тел.: 8 (499) 973-26-90; Факс: 8 (499) 973-26-43
E-mail: feedback@rosnadzor.ru; <http://www.rosnadzor.ru>
ОКПО 00883339; 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 Дагостан, 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 пришлась на детей в возрасте от 1 до 6 лет (бслучаев). 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 лейшманиоз 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 угрозой 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, противозидемических 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 из 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, главными врачами 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 3.2.2601-10 «Профилактика оцисторхоза» (приложение 1).

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. Полова



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