*К.Б. Степанова^{1,4}, О.Н. Сиюткина², Е.Н. Семенюк²,
Н.В. Горохова³, Е.Т.Тропина³, Е.Ю. Хорошева^{3,4}, Л.Ю. Иванченко⁴, Е.С.Гаврилина⁴
K.B. Stepanova^{1,4}, O.N. Siyutkina², E.N. Semenyuk²,
N.V. Gorokhova³, E.T. Tropina³, E.Y. Khorosheva^{3,4}, L.Y. Ivanchenko⁴, E.S. Gavrilina⁴*

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА CASE OF RECCURENCE VISCERAL LEISHMANIASIS

¹ФБУН «Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,

²ГБУЗ Тюменской области «Областная инфекционная клиническая больница», г. Тюмень, Россия

³ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень, Россия

⁴ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» г.Тюмень

¹ Tyumen Infection Pathology Research Institute

²The state budgetary institution of health care of the Tyumen region "Regional infectious clinical hospital"

³The state budgetary institution of health care of the Tyumen region "Regional clinical hospital №1"

⁴Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Tyumen State Medical University" Tyumen city

В статье приведено описание клинического случая заболевания висцеральным лейшманиозом с рецидивом у ребенка 2 лет в г. Тюмени, приехавшего из эндемичного района по лейшманиозу Республики Армения. Представлено специфическое лечение больного лейшманиозом и его эффективность.

Ключевые слова: лейшманиоз, дети, диагностика, противопаразитарное лечение.

The article describes the clinical case of visceral leishmaniasis with a relapse in a 2-year-old child in the Tyumen city, who came from an endemic region for leishmaniasis of Republic Armenia. The specific treatment of the patient with leishmaniasis and its effectiveness are presented.

Key words: leishmaniasis, children, diagnosis, antiparasitic treatment.

Лейшманиоз – это протозойное трансмиссивное заболевание, вызываемое простейшими рода *Leishmania*, которые способны к паразитированию в организмах многочисленных видов млекопитающих, включая человека [1-3]. В Российской Федерации регистрируют завозные случаи висцерального лейшманиоза из стран СНГ и Грузии: Азербайджана, Армении, Кыргызстана, Узбекистана, Таджикистана. Период разгара болезни начинается с кардинального симптома болезни — лихорадки, гепатоспленомегалия, анемия. При отсутствии лечения болезнь может закончиться летально [4, 5].

В статье представлен клинический случай висцерального лейшманиоза рецидивирующего тече-

ния у ребенка двух лет, который приехал в Тюмень из эндемичного района Республики Армения.

Ребёнок Рита Б. 04.10.2018 г. поступила в Тюменскую областную клиническую больницу с диагнозом: Анемия тяжелой степени. Висцеральный лейшманиоз тяжелого течения. Заболела остро в сентябре 2018 г., когда отмечались повышение температуры тела до 38⁰С, выраженное беспокойство и плач. При обращении в поликлинику назначено лечение антибактериальными препаратами. На фоне эффекта от лечения появились кашель, насморк, повышение температуры тела до 39⁰С, с подозрением на внебольничную пневмонию больная направлена в детский стационар, где была выявлена гипохром-

ная анемия средней степени тяжести (Hb=58 г/л, (норма Hb=106-148г/л). В динамике в общем анализе крови выявлено выраженное снижение Hb до 54 г/л. Пациентку была госпитализирована в гематологическое отделение ОКБ №1. После проведения пункции костного мозга в полученных препаратах были обнаружены макрофаги с множественными внутриклеточными и внеклеточными включениями, соответствующие микроскопической картине лейшманиоза.

Семья неоднократно выезжала в Армению, где проживала в частном доме, в сельской местности, где девочка подвергалась укусам moskitov. Последнее посещение Армении - с июня по 12 сентября 2017 г.

Общее состояние ребёнка оценивалось как тяжелое, обусловленное анемическим и интоксикационным синдромами, с тенденцией к тромбоцитопении. По органам и системам – без особенностей, кроме умеренной гепатоспленомегалии (10,2x4,5x10,9 см и 12,5см x 3,5см соответственно). При исследовании ОАК наблюдались лейкопения ($3.55 \times 10^9/\text{л}$, норма – $5-12 \times 10^9/\text{л}$), выраженная нейтропения (8,2%, норма – 25-60%), лимфоцитоз (80,6%, норма – 26-60%), моноцитоз (14,1%, норма – 3-9%); анемия тяжелой степени (гемоглобин 75г/л (норма – 110-140); тромбоцитопения ($83 \times 10^9/\text{л}$, норма – $160-350 \times 10^9/\text{л}$); ускоренная СОЭ (46 мм/час, норма – 4-12мм/час). По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости и почек от 21.09.2018 была выявлена гепатомегалия (по Курлову размеры печени 10,2x4,5x10,9 см) с неоднородными диффузными изменениями и спленомегалия (12,5x3,5 см). Несмотря на проведенную гемотрансфузию в объеме 100 мл, повышение уровня гемоглобина до 96 г/л наблюдалось только в течение одних суток. Температура повышалась до фебрильных цифр с четкими пиковыми значениями 2 раза в сутки – утром и вечером. Ребенок получал антибактериальную терапию (экоклав, меропенем).

При поступлении в Тюменскую областную инфекционную клиническую больницу (ТОИКБ) 04.10.2018 г. общее состояние средней степени тяжести, температура тела 38,9°C. По остальным органам и системам особенностей не выявлено. При исследовании общего анализа крови сохранялась лейкопения до $2.16 \times 10^9/\text{л}$ (норма – $5-12 \times 10^9/\text{л}$), нейтропения – 2% (норма – 25-60%), лимфоцитоз (82%, норма – 26-60%), анемия тяжелой степени (Hb 71г/л, норма – 110-140г/л) и тромбоцитопения ($59 \times 10^9/\text{л}$, норма – $160-350 \times 10^9/\text{л}$), ускоренная СОЭ (53 мм/час, норма – 4-12мм/час). В контрольном УЗИ ОБП от

25.10.2018г. размеры селезенки увеличилась в размере до 12,6x5см.

В лечении назначен амфотерин (Амфотерицин В) по схеме, цефалоспорины, хофитол, человеческий лейкоцитарный гаммаглобулин, гемотрансфузия в объеме 150 мл. На фоне лечения сохранялась фебрильная температура тела, тяжелый анемический синдром, тромбоцитопения и лейкопения. На 7-й день пребывания в стационаре по жизненным показаниям пациента решено назначить препарат – глюкокортикостероид по схеме. На фоне проведенного лечения общее состояние пациентки улучшилось, температура тела нормализовалась, печень и селезенка уменьшились в размерах. В общем анализе крови - уровень гемоглобина до 103 г/л, тромбоциты до $204 \times 10^9/\text{л}$. 6 ноября 2018 г. пациентка выписана с клиническим улучшением состояния под наблюдение врача-инфекциониста.

В период 6.11.2018 г. по 27.02.2019 г. жалоб не предъявляла и за медицинской помощью не обращалась. Заболела 5-7 февраля, когда появилась повышенная температура тела до 39°C ежедневно, лечилась самостоятельно нестероидными противовоспалительными средствами. 28.02.2019 г. вновь поступила в ТОИКБ с жалобами на повышение температуры тела в течение 3 дней. При поступлении 28.02.2019 г.: температура тела 39,2°C (рисунок 1), состояние средней степени тяжести, гепатоспленомегалия (ординаты по Курлову 10x4,5x11), край печени ровный, эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. 29.10.2018 г. однократно отмечалось носовое кровотечение.

При исследовании общего анализа крови в период выявлена лейкопения средней степени ($2.09 \times 10^9/\text{л}$, норма – $5-12 \times 10^9/\text{л}$), нейтропения (8%, норма – 25-60%), лимфоцитоз (78%, норма – 26-60%), моноцитоз (14%, норма – 3-9%); анемия тяжелой степени: эритроциты $2.79 \times 10^{12}/\text{л}$ (норма – $4-5 \times 10^{12}/\text{л}$), гемоглобин 62 г/л (норма – 110-140 г/л); тромбоцитопения – $88 \times 10^9/\text{л}$ (норма – $160-350 \times 10^9/\text{л}$), выраженное ускорение СОЭ (76 мм/час, норма – 4-12мм/час).

В заключении УЗИ органов брюшной полости и почек от 01.03.2019 г.: гепатоспленомегалия (по Курлову размеры печени 10,1x3,8x10,7 см, селезенки 11,5x4,9 см), выявлены диффузные изменения печени и лимфаденопатия брюшной полости с увеличением лимфоузлов в эпигастриальной области до 11 мм. Температура тела повышалась до 38,5 гр С в утреннее или вечернее время.

В период госпитализации пациентка получала препарат глюкокортикостероид по схеме, антибактериальную

терапию, инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, 06.03.2019 г. проведена гемотрансфузия 120мл.

8.03.2019 г. ребёнок был выписан для дальнейшего лечения в областной центр Республики Армения. На момент выписки состояние средней степени тяжести, периодически повышение температуры тела до 38°C.

Выводы.

1. Сотрудничество педиатров и инфекционистов позволило в короткие сроки интерпретировать лихорадочный и гепатолиенальный синдромы у данной пациентки и своевременно приступить к этиотропной терапии.

2. Тщательный сбор эпидемиологического анамнеза необходим для дифференциальной диагностики лихорадок, гепатоспленомегалии, особенно у лиц, посещающих эндемичные районы по висцеральному лейшманиозу.

3. Врачам-специалистам любой специальности необходимо иметь настороженность при ведении пациента с длительно текущей лихорадкой и гепатоспленомегалией.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vector-borne and parasitic diseases. Geneva: World Health Organization 2018 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/leishmaniasis/policy>

2. Leishmaniasis Control. WHO Experts Committee Geneva 2010, March 22-26, 225 p.

3. Лейшманиоз. Информационный бюллетень №375, Женева: Всемирная организации здравоохранения; 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/ru/> [Leishmaniasis. Newsletter No 375 Geneva WHO;2014 (In Russian)].

4. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. — СПб., 2000. — С. 606-614. [Lobzin Yu.V. Infectious Disease Guide, S-Pb. 2000:606-614 (In Russian)]

5. Luigi Gradoni, Rogelio Lopez-Velez, Mourad Mokni. Руководство по ведению случаев и эпиднадзору за лейшманиозами в Европейском регионе ВОЗ. ВОЗ, Женева, 2018:1-186 (In Russian).

Поступила 15.11.19