



УДК 616.993.161.

Лазарев В.В., Албегова Б.З., Гамиева Е.В., Гуссоева И.Г.

СЛУЧАЙ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У РЕБЕНКА, ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕВЕРНОЙ ОСЕТИИ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, кафедра детских инфекционных болезней с пропедевтикой детских болезней,

РСО-Алания, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская 40. E-mail: lazarev-rso@yandex.ru

В работе приведен случай висцерального лейшманиоза у ребенка раннего возраста с развитием тяжелой анемии и гепатоспленомегалии. Показаны диагностические трудности, с которыми столкнулись практические врачи при постановке диагноза лейшманиоза, не характерного для данного региона страны. Приведенный клинический пример убедительно доказывает необходимость своевременного проведения исследования аспирата костного мозга для диагностики лейшманиоза с висцеральными поражениями у детей раннего возраста.

Ключевые слова: висцеральный лейшманиоз, дети

Lazarev V.V., Albegova B.Z., Gamieva E.V., Gussoeva I.G.

A CASE OF VISCERAL LEISHMANIASIS AT THE CHILD FROM NORTH OSETIA

North Osetia State Medical Academy, Department of Children Infectious Diseases with Propedeutics of Children Diseases

40 Pushkinskaya st., Vladikavkaz, 362019, North Osetia Republic – Alaniya, Russia.

E-mail: lazarev-rso@yandex.ru

In work the case of visceral leishmaniasis at the child of early age with development of a getere anemia and hepatosplenomegalia is given. Diagnostic difficulties which practical doctors have faced with non-typical for this region leishmaniasis are shown. This clinical example convincingly proves necessity of well-timed research of marrow aspirate for diagnostics leishmaniasis with visceral defeats at children of early age.

Keywords: Visceral leishmaniasis, children

Лейшманиоз — острое и хроническое заболевание человека и животных, вызывается паразитами класса жгутиковых — лейшманиями, относится к зоонозам с природной очаговостью в странах с тропическим климатом, а также в Средней Азии, Казахстане и Закавказье. В связи с интенсивной миграцией населения, большим количеством туристических поездок в эти регионы возникает вероятность возникновения данного заболевания в неэндемичных по лейшманиозу местностях [1].

Источником инфекции являются собаки, шакалы, лисы, грызуны, а также человек, больной лейшманиозом. Передача инфекции осуществляется москитами, заражение происходит во время укуса. Восприимчивость высокая. При висцеральной форме лейшмании размножаются в макрофагах кожи, а затем мононуклеарными фагоцитами разносятся по всей ретикулоэндотелиальной системе, что сопровождается увеличением паренхиматозных органов, особенно селезенки, дистрофическими и некротическими процессами в них [2].

У детей лейшманиоз может проявляться тремя клиническими формами: висцеральной, кожной и кожно-слизистой. Каждая форма имеет своеобразную клиническую симптоматику [3] и может характеризоваться как острым, так и хроническим течением [4].

Острое развитие симптомакомплекса лейшманиоза характерно преимущественно для детей раннего возраста.

При этом выделяют три периода заболевания: инкубационный, продромальный, развернутых клинических проявлений — токсико-анемический, терминальный. Продолжительность инкубационного периода колеблется от нескольких недель до месяцев. Продромальный период, составляющий 1-1,5 недели, характеризуется различными клиническими проявлениями интоксикационного синдрома. В период разгара заболевания у детей отмечается фебрильная лихорадка постоянного или интермиттирующего характера; прогрессирующая гепатоспленомегалия и дистрофия; анемический синдром; генерализованная лимфоаденопатия [5]. При отсутствии специфической терапии развиваются такие осложнения, как септицемия, гастроэнтерит, которые нередко приводят к летальному исходу [6]. Специфическая профилактика не разработана [7].

Хроническое течение висцеральной формы лейшманиоза чаще отмечается у детей более старшего возраста. Начало заболевания постепенное, проявляется общей слабостью, утомляемостью, бледностью кожных покровов. Лихорадка длительная, нередко волнообразная, когда подъемы температуры сменяются периодами ремиссии от нескольких дней до нескольких месяцев. Прогрессивно увеличиваются печень и селезенка, периферические лимфоузлы. Кожа становится сухой, шершавой, с участками темного цвета. На стопах появляются отеки, на лице — пастозность. В полости рта нередко возникают язвенно-не-



кротические изменения слизистой оболочки. Несмотря на хороший аппетит, больные худеют и истощаются вплоть до кахексии.

При остром и хроническом вариантах течения лейшманиоза в периферической крови регистрируется панцитопения с относительным лимфоцитозом и моноцитозом, повышенная СОЭ.

Учитывая сходство клинико-лабораторных проявлений лейшманиоз у детей следует прежде всего дифференцировать с миело- и лимфопролиферативными заболеваниями, сепсисом, циррозом печени, малярией, брюшным тифом, туберкулезом, синдромом инфекционного мононуклеоза и т.д. [1].

При постановке клинического диагноза указанные выше основные симптомы заболевания являются опорными. Следует учитывать эпидемиологические данные. Окончательный и достоверный диагноз висцерального лейшманиоза ставится на основании обнаружения возбудителя в пунктате костного мозга [5]. Полученный при пункции костный мозг помещают на предметное стекло и, осторожно размазывая тонким слоем с помощью шлифованного стекла, готовят мазок. При значительной примеси крови в пунктате на стекле находят маленькие белые комочки и готовят из них мазки. Мазок сушат на воздухе, фиксируют 30 мин в абсолютном этиловом спирте или 5 мин в метаноле (метилом спирте), снова высушивают на воздухе. Фиксированные мазки можно хранить до окраски несколько дней.

Окраска мазка. Стекла укладывают мазками вверх на стеклянные палочки в фото кювете. На всю поверхность мазка наливают разведенную в фосфатном буфере (рН 6,9–7,1) краску Романовского на 30–50 мин. Продолжительность окраски зависит от температуры помещения – в теплом продолжительность меньше, в холодном – больше. После окраски препарат ополаскивают дистиллированной водой (или кипяченой) и высушивают. Исследуют под иммерсией [5].

Оценка результатов. В разгаре болезни лейшманиоз могут обнаруживаться легко. Обнаружение возбудителя лейшманиоза в мазках костного мозга в ряде случаев затруднено в виду возможного их расположения как внутри клеток, так и вне. Последнее обусловлено лизисом клеток при фиксации мазков на стекле. Обычно этому сопутствует обнаружение теней Боткина-Гумпрехта, что наталкивает клинициста, прежде всего, на предположение о синдроме инфекционного мононуклеоза или лимфопролиферативного заболевания. Для повышения эффективности визуализации возбудителей лейшманиоза в мазках костного мозга необходимо оценить не менее 500 полей зрения [6].

Синдром гепатоспленомегалии и анемии в сочетании с лихорадкой в клинике детских болезней представляет определенные трудности как в проведении многочисленных, а порой и многократных исследований, так и в трактовке полученных результатов.

Представляем собственное наблюдение за мальчиком 3 лет с гепатоспленомегалией, анемией и фебрильной лихорадкой. Ребенок постоянно проживал в Южной Осетии, в г. Цхинвали, в регионе эндемичном по лейшманиозу. Мальчик поступил в РДКБ г. Владикавказ через месяц от начала заболевания с жалобами матери на общую слабость, повышение температуры тела у ребенка до 39–40,2°C.

Состояние тяжелое. Симптомы интоксикации выражены, аппетит снижен, вял. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые.

Склеры обычной окраски. Тургор тканей снижен. Периферические лимфоузлы шейные и подчелюстные I порядка, единичные, подвижные, эластичные, безболезненные.

Костно-мышечная система без видимой патологии. Большой родничок закрыт. Носовое дыхание свободное. Зев розовый, миндалины чистые.

Грудная клетка цилиндрической формы, одышки нет. Перкуторный звук легочный. Над легкими дыхание пуэрильное.

Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны приглушены, ритм правильный. Нежный систолический шум на верхушке. Слизистые рта чистые, влажные, живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень пальпируется на уровне пупка, край эластичный, умеренно плотный, поверхность гладкая, безболезненная при пальпации. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 6 см, умеренно плотная, край безболезненный. Стул оформлен, желтого цвета, 1 раз в сутки.

Мочеиспускание безболезненное, нормальное, моча прозрачная. Отеки отсутствуют. Щитовидная железа не увеличена, наружные половые органы по мужскому типу сформированы правильно.

Сознание ясное. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Менингеальных симптомов нет.

Данные параклинических исследований. Общий анализ крови: эр.- $2,83 \times 10^{12}/л$; Нв-73 г/л; Нт-21; L-4,8 $\times 10^9/л$; п/я-11%.э-0%, с/я-4%, м-5%, л-80%, Тр. $28 \times 10^9/л$, миел.-1%, юн.-2%, ретик.-15%, СОЭ- 56 мм/ч.

Многократные посевы крови, мочи, ЦСЖ, микроскопия толстой капли крови на менингококк, малярию, кровь на лептоспироз, ПЦР исследования ЦСЖ на герпетическую, хламидийную инфекцию, токсоплазму, ЦМВ, ВЭБ были с отрицательными результатами.

Для исключения первичного заболевания кроветворной системы ребенку была проведена инцизионная биопсия костного мозга. По данным миелограммы выявлены: увеличение относительного содержания палочкоядерных нейтрофилов до 31,2%, признаки раздражения эритронов с нормобластическим типом кроветворения, угнетение мегакариоцитопоэза.

Врачом, проводившим цитологическое исследование мазков костного мозга, лейшманиоз не были выявлены. Однако, по настоянию клиницистов, препараты были пересмотрены специалистами института паразитологии и тропической медицины г. Москвы, которые обнаружили единичные и скопления лейшманиоз в гемопоэтических клетках костного мозга.

В результате проведенных исследований был верифицирован диагноз висцерального лейшманиоза. Проведено лечение глюкоантином, состояние ребенка хорошее, находится на диспансерном наблюдении по месту жительства.

Диагностика висцерального лейшманиоза у этого ребенка была трудной, так как данное заболевание не типично для России, многие годы не регистрировалось в нашем регионе. Как видно из приведенного клинического примера, данная нозологическая форма, в связи с широкой миграцией населения, представляет актуальность не только в районах природной очаговости, но и на территории средней полосы и Юга России. Данный случай наглядно демонстрирует возможность встречи педиатров, инфекционистов с редкими инфекциями и необходимость готовности врачей-лаборантов оказать им помощь в правильной постановке диагноза.



ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 687 с.
2. Rukunuzzaman M. Rahman M.E. Epidemiological study of risk factors related to childhood visceral leishmaniasis // Mymensingh Med J. - 2008. - V.17 (1). - P. 46-51.
3. Mucosal leishmaniasis: epidemiological and clinical aspects/ M. M. Lessa et al. //Rev. Bras. Otorrinolaringol. (Engl. Ed).— 2007. - V. 73 (6). - P. 843-847.
4. Gangneus J. P. Recurrent American cutaneous leishmaniasis / J. P. Gangneus, S. Sauzet, S. Donnard // Emerg. Infect. Dis. — 2007.— V. 13 (1)—P. 1436-1438.
5. Тропические болезни: Учебник / Под ред. Е. П. Шуваловой. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. - 703 с.
6. Palit P. Oral therapy with sertraline, a selective serotonin reuptake inhibitor, shows activity against Leishmania donovani //J. Antimicrob. Chemother. - 2008. - V. 13. - P. 235-238.
7. Palatnik-de-Sousa C. B. Vaccines for leishmaniasis in the forthcoming 25 years // Vaccine. - 2008. - V. 30. - P. 467-468

ПОСТУПИЛА: 10.10.2010