



# Клинико-эпидемиологические особенности и диагностика хронического висцерального лейшманиоза у детей

Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, К.А. Хурсанов, С.А. Муавия, Н.М. Гулямова

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Рассмотрены особенности клинико-эпидемиологического течения и лабораторной диагностики хронического висцерального лейшманиоза у детей в условиях Республики Таджикистан, позволяющие практическим врачам проведение своевременной диагностики и терапии данной патологии.

**Ключевые слова:** висцеральный лейшманиоз

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Побороть все инфекции невозможно – на смену ушедшим агентам приходят другие, а порой они вновь возвращаются. Это касается и висцерального лейшманиоза. По данным ВОЗ, проводимые в мире мероприятия по борьбе с лейшманиозами явно недостаточны, и причиной того является отсутствие знаний об истинной распространенности этой болезни, а также недооценка ущерба, причиняемого ею здоровью людей. Лейшманиоз широко распространен почти во всех субтропических и тропических регионах мира, где ежегодно выявляются более 2 млн. новых случаев заболевания, в том числе в Китае, Латинской Америке, Африке и Юго-Западной Азии [1-5].

Лейшмании у человека паразитируют в клетках ретикулоэндотелиальной системы и вызывают гипертрофию ретикулоэндотелиальных клеток селезенки, печени, костного мозга, лимфатических узлов и других лимфоидных тканей.

Механизм передачи возбудителей лейшманиоза – трансмиссивный, реализация которого осуществляется через систему: резервуар (собаки, лисы, крысы, др.) – переносчик (москиты) – восприимчивый организм.

В последние годы на территории Таджикистана стали часто регистрироваться случаи висцерального лейшманиоза среди людей, в основном, в детском возрасте [2]. Анализ заболеваемости показывает, что болезнь чаще регистрируется в районах Айни, Пенджикента, а также ГБАО. Именно на этих территориях для оценки потенциальной угрозы для населения особенно важно обследовать резервуарных хозяев [3].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** изучить некоторые особенности клинико-эпидемиологического течения

и лабораторной диагностики хронического висцерального лейшманиоза у детей в условиях возобновления его эндемичности в Республике Таджикистан.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Обследованию и лечению подвергнуты 16 детей с диагнозом «Хронический висцеральный лейшманиоз», которые находились на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе в период 2005 – 2010 гг.

Из общего количества больных мальчиков было 10 (62,5%), девочек – 6 (37,5%). Возраст детей колебался от 6 месяцев до 10 лет: от 6 месяцев до года – 2 (12,5%) больных; от 1 до 3 лет – 6 (37,5%); от 3 до 7 лет – 6 (37,5%), от 7 до 10 лет – 2 больных. Средний возраст составил  $3,6 \pm 0,7$  года. По данным эпидемиологического анамнеза все больные проживают в горной местности, постоянно посещают эндемичные зоны, а 80% из них имеют дома собак.

Диагноз висцерального лейшманиоза во всех случаях был лабораторно подтвержден обнаружением *Leishmania donovani* в пунктатах костного мозга. Изучение показателей крови и костномозгового кроветворения проводилось по результатам общего анализа крови и стерильной пункции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Из общего количества обследованных больных: 10 детей поступили в клинику из Пенджикентского района, 3 – из Айнинского и по одному – из Дарвазского, Тавильдаринского и Рудакского районов. Средний срок госпитализации больных в клинику составил  $139,8 \pm 13,7$  дня.

Клинические признаки заболевания у всех обследованных больных при поступлении в клинику были следующими: повышение температуры отмечено у 75,7% больных, бледность кожных и слизистых



покровов, пониженное питание у всех пациентов, у 60% - кровоподтёки, синяки, у 3-х - единичные петехии, у 2-х больных - сосудистый рисунок на грудной клетке. У всех больных наблюдалось значительное увеличение размеров печени (гепатомегалия) и селезёнки (спленомегалия), причём у 75% пациентов пальпаторно безболезненная селезёнка достигала огромных размеров, вплоть до малого таза. Лимфаденопатия была выявлена в 14,2% случаев.

При исследовании периферической крови отмечалась выраженная панцитопения, в 50% случаев - явления выраженного анизоцитоза и пойкилоцитоза. Уровень количества эритроцитов в среднем составил  $2,75 \pm 0,45 \times 10^{12}/л$ , тромбоцитов -  $95,6 \pm 13,4$  тыс, гемоглобина -  $70,5 \pm 5,3$  г/л, цветной показатель у всех больных был ниже единицы. В 57,1% случаев наблюдалась лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы в сторону лимфоцитоза и моноцитоза, количество нейтрофилов было уменьшено в 71,4% случаев, в то время как показатели эозинофилов и базофилов во всех мазках крови оставались в пределах нормы. СОЭ - во всех случаях была ускоренной и в среднем составила  $42,5 \pm 4,1$  мм/час. При исследовании пунктата костного мозга нами выявлено следующее: ретикулярные клетки, промиелоциты, миелоциты, моноциты и эритробласты были в пределах нормальных показателей (0,23%, 1,26%, 8,54%, 2,18%, 0,42% соответственно) на фоне незначительного повышения (1,46%) количества бластных клеток, повышения уровня лимфоцитов, и снижения числа палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов в пределах (13,9 и 5,2% соответственно). Количество нормоцитов в пунктате костного мозга выявило увеличение полихроматофильных клеток до 24,2%, пронормобластных клеток до 1,48%, в то время как показатели базофильных, оксифильных и плазматических клеток оставались в пределах нормальных показателей (4,6%, 3,5% и 1,7% соответственно).

**ПРИВОДИМ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.** Больная Н.М., трёх лет и пяти месяцев, жительница Айнинского района, поступила в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе 17.09.2010 года. Со слов матери, ребёнок болен в течение 3-х месяцев. Заболевание началось с повышения температуры тела, общей нарастающей слабости, снижения аппетита, вялости, вздутия живота. В поликлинике по месту жительства ребёнку был выставлен диагноз: "ОРВИ, 2-х сторонняя пневмония. Сепсис". В связи с чем ей был назначен курс антибактериальной терапии в совокупности с симптоматической и общеукрепляющей. Однако, эффекта от лечения не наблюдалось. Присоединились явления анемии, снижения веса. По ухудшению состояния ребёнок был госпитализирован в ЦРБ Айнинского района, где в течение 10 дней был продолжен курс лечения

антибактериальными препаратами, но состояние ребёнка не улучшалось. Ребёнка продолжало сильно лихорадить. При объективном осмотре наблюдалось увеличение объёма живота за счёт увеличения печени и селезёнки, резкое похудание конечностей, нарастающая бледность. В связи с чем больная была направлена в гематологическое отделение Республиканского медицинского центра МЗ РТ, где находилась с 15 по 17 сентября 2010 года. По поводу анемии в гематологическом отделении было проведено исследование пунктата костного мозга. При исследовании гранулоцитарный ряд крови характеризуется клетками нейтрофильного ряда с задержкой созревания на уровне миелоцитов, наблюдается сужение белого ростка костного мозга и гиперплазия красного ростка. При обзорном просмотре мазков были обнаружены единичные *L. donovani*, до 3-5-7 в поле зрения, и в групповых скоплениях, в связи с чем, больная была направлена в ГКИБ г. Душанбе с диагнозом: висцеральный лейшманиоз.

При поступлении в клинику в общем анализе крови: гемоглобин - 108.0 г/л, эритроциты -  $3,25 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $4,4 \times 10^9/л$ , СОЭ - 52 мм/час.

По поводу висцерального лейшманиоза больной был назначен глукантим (меглюмина антимоиат, Франция) из расчёта 60 мг/кг веса 1 раз в сутки, внутримышечно по схеме: 1-й день  $\frac{1}{4}$  дозы, 2-й день  $\frac{1}{2}$ , 3-й день  $\frac{3}{4}$  дозы и 4-й день - полная доза. Специфическая терапия проводилась в течение 12 дней на фоне патогенетической и симптоматической терапии.

На фоне проводимого лечения на 7-ой день появились первые признаки улучшения состояния: температура тела нормализовалась, повысился аппетит, наблюдалось постепенное снижение интенсивности бледности кожных покровов и сокращение размеров печени и селезёнки. Больная была выписана домой 02.10.2010г., в относительно удовлетворительном состоянии под наблюдением врача кабинета инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства.

**ТАКИМ ОБРАЗОМ,** исследования показали, что висцеральный лейшманиоз у детей протекает в тяжёлой форме, с высокой лихорадкой, выраженной гепатоспленомегалией, панцитопенией и ускорением СОЭ. При исследовании костного мозга выявлено значительное содержание количества разрушенных клеток, незначительное повышение бластных клеток на фоне увеличения количества лимфоцитов. Выявленные изменения со стороны гемопоэза у больных связаны с несвоевременной диагностикой заболевания и, как следствие этого, поздним назначением специфической терапии.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Гершенович Р.С. Лейшманиозы внутренних органов у детей /Р.С. Гершенович // - Ташкент, -1959.- С. 181
2. Камардинов Х.К. Инфекционные и паразитарные болезни /К.Камардинов - Душанбе, -2009. - С. 183-191
3. Кимматов Р.С. Случаи хронического висцерального лейшманиоза у детей /Р.С. Кимматов, Д.А. Умарова, К.А. Хурсанов // Годичная конф. ТГМУ. - Душанбе, 2009. – С.135-136
4. Лейшманиоз. ВОЗ. Женева, -1986. -154с.
5. Marinkelle C. J. The control of leishmaniasis. Bulletin of the World Health Organization /C.J.Marinkelle // - 52. 807-812 (1980)

---

## Summary

### Clinical - epidemiological features and diagnosis of chronic visceral leishmaniasis

E.R. Rakhmanov, A.A. Boimurodov, K.A. Khursanov, S.A. Muawiyah, N.M. Gulyamova

The features of clinical - epidemiological currency and laboratory tests of chronic visceral leishmaniasis in children in the Republic of Tajikistan, allowing for practitioners conduct timely diagnosis and treatment of this disease was presented in the article.

**Key words:** visceral leishmaniasis

**АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**

**Э.Р. Рахманов** – зав. кафедрой инфекционных болезней ТГМУ;  
734003, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Павлова, д. №6  
E-mail: erkin\_rakhmonov@mail.ru