

ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ У РЕБЁНКА 10 МЕСЯЦЕВ

Кончина С.А.

Научный руководитель: Е.В. Лигская

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Ключевые слова: клинический случай, дети, висцеральный лейшманиоз, диагностика, лечение

Актуальность. Висцеральный лейшманиоз — трансмиссивное протозойное заболевание, возбудителем которого являются простейшие рода *Leishmania*. Заболевание распространено в Западной Африке и на Индийском субконтиненте, но длительный инкубационный период (до 8 мес) делает возможным возникновение спорадических случаев болезни в отдалённых регионах. Без необходимого лечения заболевание может привести к летальному исходу, связанному с тяжёлой панцитопенией и присоединением вторичных инфекций.

Описание клинического случая. Мальчик, 10 мес, госпитализирован в ДГКБ № 9 имени Г.Н. Сперанского на 12-е сутки заболевания. Ребёнок заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, снижения аппетита, отмечалась однократная рвота. Специфического лечения не получал. За 6 мес до начала болезни ребёнок посещал Армению, подвергался укусам комаров. При осмотре состояние тяжёлое за счёт фебрильной лихорадки, спленомегалии (+6 см). При лабораторном обследовании: гемоглобин 67 г/л, нейтрофилы 380 кл/мкл, С-реактивный белок (СРБ) 75 мг/л, прокальцитонин 0,79 нг/л, D-димер 41 971 нг/мл. Назначена антибактериальная терапия ампицилин + сульбактам. Обследование на основных возбудителей респираторных вирусных инфекций — результаты отрицательные. В динамике отмечались снижение уровня тромбоцитов (89 тыс/мкл), нейтрофилов (170 кл/мкл), нарастание СРБ (85 мг/л). Смена антибактериальной терапии (цефепим, меропенем) — без эффекта. Консультация гематолога: подозрение на лейкоз, проведена костномозговая пункция. Диагноз острый лейкоз не подтверждён, обнаружены *Leishmaniae donovani*. Установлен клинический диагноз: Лейшманиоз, висцеральная форма, тяжёлое течение. Назначены липидный комплекс амфотерицина В 5 мг/кг в сутки внутривенно капельно в течение 7 дней, однократное введение стимулятора гемопоэза — филграстима 50 мкг/кг подкожно. Пациент выписан на 13-е сутки госпитализации с клиническим улучшением. Через 3 мес после выписки ребёнок повторно госпитализирован с лихорадкой до 37°C, снижением гемоглобина до 76 г/л по данным амбулаторного обследования. Проведена костномозговая пункция: обнаружены *Leishmaniae donovani*. Диагностирован рецидив висцеральной формы лейшманиоза. Рекомендован повторный курс амфотерицина В, лечение прервано по инициативе родителей пациента.

Заключение. Тяжесть течения висцеральной формы лейшманиоза у данного пациента, а также редкость этого заболевания делают необходимым повышение осведомлённости врачей о данной патологии и показывают значимость тщательного сбора эпидемиологического анамнеза.

* * *