

РЕШУТ НА ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА У ЕДНОГОДИШНО ДЕТЕ

В. Велев, Н. Дървеняшка, Н. Найденова и К. Вутова

Катедра по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина, МУ – София

RECURRENCE OF VISCERAL LEISHMANIASIS IN ONE-YEAR-OLD CHILD

V. Velev, N. Darvenyashka, N. Naydenova and K. Vutova

Department of Infection diseases, Parasitology and Tropical medicine, Medical University – Sofia

Резюме. Представяме случай на едногодишно дете, лекувано от автохтонна висцерална лайшманиоза в България. Детето заболява в края на март 2009 г. и е лекувано с петвалентни антимонови препарати само за десет дни, след което лечението се прекратява. След 6 месеца детето прави решут на болестта с имunosупресия на чийто фон развива и остър бронхит.

Ключови думи: автохтонна висцерална лайшманиоза, решут, лечение

Summary. We present a case of one-year old child treated from local visceral leishmaniasis in Bulgaria. Disease occurred at the end of March 2009, and the child was treated with antimony preparations only ten days, then the treatment was stopped. 6 months later, the child had disease recurrence with immunosuppression, at the background of which also acute bronchitis developed.

Key words: local visceral leishmaniasis, return disease, treatment

Увод

Висцералната лайшманиоза (ВЛ) е типична паразитна зооноза с природно-ендемична огнищност. Заболяванията са основно през есенно-зимния сезон на същата или последващата година. Разпространена е широко в тропиците, субтропичните страни и по-рядко – в страните с умерен климат. У нас автохтонна лайшманиоза има в районите на градовете Петрич, Благоевград, Сандански, Стара Загора и много рядко в северната част на страната. От над 30 години у нас е разпространена средиземноморската форма на ВЛ в Тракийската низина (Б. Братанов, 1952 г.) [1-4].

Причинител на заболяването е едноклетъчен паразит от род *Leishmania*, като в България автохтонните заболявания се причиняват от вида *L. donovani infantum*. Гостоприемници и резервоари са кучетата, чакалите и други диви животни, а краен гостоприемник и преносител са насекомите от род *Phlebotomus*. Паразитите са облигатно вътреклетъчни и атакуват клетките на ретикуло-хистиоцитната система [1, 4, 5].

ПРЕДСТАВЯНЕ НА СЛУЧАЯ

Касае се за момче на 1 г. и 4 м., Е.И.Д., ИЗ 2896, заболяло в края на март 2009 г. с упорит фебрилитет, спленохепатомегалия и панцитопения. Постъпва в Болницата по детска онкохематология за диагностично уточняване и лечение. При направената там костномозъчна пункция са установени интра- и екстрацелуларно разположени лайшманиии. Започнато е лечение с глюкантим по 2,5 ml мускулно, в продължение на 10 дни. Изписано от Клиниката с подобрение и препоръка за продължаване на терапията с глюкантим за още 10 дни по местожителство. От 12.04.09 до 19.09.09 такова не е провеждано. От 12.09.09. детето става неспокойно, поддържа ежедневно фебрилитет, поти се обилно. След консултация с паразитолог, въпреки отрицателния резултат от серологично изследване за лайшманиоза (ELISA от 17.09.09), е насочено за продължаване на етиологичното лечение в СБАЛИПБ „Проф. Иван Киров”.

От статуса – детето постъпва в увредено общо състояние, с клинични данни за

интоксикация. Кожата и видимите лигавици са бледи. От дихателната система – с чисто везикуларно дишане, без хрипове. Коремът е над нивото на гръдния кош, допуска дълбока палпация, мек. Черният дроб е увеличен на 4 cm под ребрената дъга, с гладка повърхност, плътно-еластична консистенция, заоблен ръб, неболезнен. Слезката се палпира в малкия таз, с плътна консистенция и с гладка повърхност, неболезнена.

По време на престоя в отделението (от 29.09.09) болното отново повиши температура, появи се дихателна недостатъчност – ноздрено дишане, тотален тираж, съпроводени от богата белодробна находка: отслабено везикуларно дишане, силно удължен експириум, изобилие от сухи свиркащи и по-малко дребни влажни хрипове, двустранно.

Показателите от кръвните изследвания са представени в табл. 1. От биохимичните изследвания – чернодробни трансаминази, креатинин и урея – отклонения в нормата нямаше. Коремната ехография показва спленохепатомегалия, а графията на белия дроб – бронхитни изменения.

Таблица 1. Динамика на кръвните параклинични изследвания

RBC x 10 ¹² l	Hb g/l	Hct %	Leu x 10 ⁹ /l	Gr %	Ly %	Mi %	Tr
3.08	72	23.09	3.29	8.8	80	11.3	43
3.13	85	24.06	7.56	66	31.5	7.1	127
3.59	86	28	8.91	120.1	73.9	6.0	248

От клинично-анамнестичните и параклиничните изследвания се прие, че се касае за решут на остра висцерална лайшманиоза, на чийто фон на имуносупресия, детето направи остър бронхиолит [4].

ЛЕЧЕНИЕ

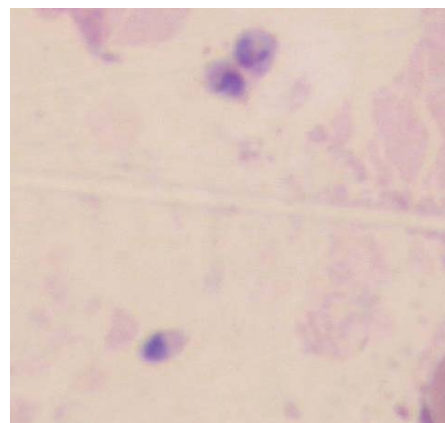
Проведе се парентерална рехидратация с глюкозо-солеви разтвори, 20-дневно лечение с глюкантим в доза 2 ml + 1,5 ml; 4-дневно лечение с цефазолин и симптоматични средства.

Постепенно състоянието на детето се възстанови, органомегалията инволюира, белодробната находка и емоционалният тонус на детето се нормализираха.

ОБСЪЖДАНЕ

Обикновено за диагнозата ВЛ у нас се мисли твърде рядко в диференциално-диагностичния план на неясните фебрилни състояния. Тя трябва да е винаги подозирана при случаи на персистиращ фебрилитет, немотивирани изпотявания и спленохепатомегалия, панцитопения и кашлица, по-рядко с краткотрайна диария, след отхвърляне на остри левкози и/или лимфоми. Нерядко подозренията за нея е редно да се засилват, когато детето е от районите с автохтонна ВЛ, има близък контакт с кучета или се забелязва първичен кожен афект – място на ухапване от флехотом [3, 5].

Серологичната диагноза обикновено дава отговор, но нерядко отрицателните й стойности не могат да отхвърлят категорично диагнозата. Тя се поставя най-сигурно при микроскопиране на натривки от костномозъчна пункция, в които при положителни случаи се установяват вътреклетъчни и/или извънклетъчни афлагелатни форми на лайшманиите (фиг. 1). Терапевтичното поведение включва прилагане на петвалентни антимонови препарати и диспансерно наблюдение до 1 г. за да се избегнат подобни на описания решути или рецидиви [2-4].



Фиг. 1. Афлагелатни лайшмани в костен мозък (сн. К. Вутова)

Библиография

1. Андреев, И., А. Ангелов и Б. Карапанчев. Наблюдение на случаи с кала-азар в детска възраст. Въпроси Пед. Акуш. Гинекол., 1958, № 10, 30-32
2. Братанов, Б. Първи приноси към автохтонната детска висцерална лайшманиоза в България. Научни трудове на ИСУЛ, 1952, 113-158.
3. Вутова, К. Висцерална лайшманиоза – клинични, лабораторни особености и лечение. – Мед. преглед., 2007, № 3, 26-31.
4. Goto, H. et M. Prianti. Immunoactivation and immunopathogeny during active visceral leishmaniasis. – Rev. Inst. Med. Trop. Sao. Paulo., 51, 2009, № 5, 241-246.
5. Killick-Kendrick, R. The race to discover the insect vector of kala-azar: a great saga of tropical medicine 1903-1942. – Bull. Soc. Pathol. Exot., 2013.

✉ Адрес за кореспонденция:

Д-р В. Велев

Катедра по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина

СБАЛИПБ „Проф. Ив. Киров”

бул. „Академик Иван Гешов“ № 17

1431 София

e-mail: velev_md@abv.bg

ОФЕРТИ ЗА РЕКЛАМНО УЧАСТИЕ В ИЗДАНИЯТА НА ЦМБ

1.	Отпечатване на черно-бяла реклама и/или текст	150 лв./стр.
2.	Отпечатване на многоцветна страница <ul style="list-style-type: none"> • авторска • реклама в книжно тяло • реклама на корица 	480 лв. 600 лв. 720 лв.
3.	Разпространение на готова вложка със списание	1,00 лв./брой

В цената е включен ДДС

- При отпечатване на повече от една реклама се правят отстъпки по договаряне.
- По желание на рекламодателя многоцветните реклами могат да бъдат придружени от безплатно отпечатване на 1 страница рекламен текст.
- Всеки рекламодател получава книжки от списанието.