

ТРУДНОЩІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНІОЗУ В ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

Чемич М.Д., Троцька І.О., Зарічанська Н.О., Кулеш Л.П., Сніцарь А.О., Шолохова С.Є

Сумський державний університет, Конотопська ЦРЛ, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми

Вісцеральний лейшманіоз (ВЛ) є ендемічним паразитозом, який широко розповсюджений у багатьох субтропічних і тропічних країнах. За період 1990-2007 років в Україну було завезено 31 випадок лейшманіозу, в останні 3 роки – 15, серед яких 8 – вісцеральних, 7 – шкірних. У Сумській області за період 2001-2008 років було зареєстровано 17 випадків шкірного лейшманіозу, які були завезені з Туркменії (2001 р. - 11 випадків, 2003 р. – 1) і Ірану (2005 р. – 3 випадки, 2006 р. – 2). В останні роки ситуація з лейшманіозів ускладнюється у зв'язку з поширенням ВІЛ-інфекції. Відомо, що збудник вісцерального лейшманіозу здатний до персистування в організмі клінічно здорової людини протягом кількох років. У ВІЛ-інфікованого може виникнути рецидив хвороби при зниженні імунного статусу.

В останні роки в зв'язку зі значним розповсюдженням ВІЛ-інфекції, поєднанням лейшманіозної і ВІЛ-інфекцій відбулися значні зміни у клінічних і епідеміологічних проявах лейшманіозу. Лейшманіози місцевого характеру серед людей в Україні не реєструвались до 2008 р., коли відбувся перший місцевий випадок захворювання, який через несвоєчасну діагностику закінчився смертю хворого.

Мета роботи – вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу ВЛ у поєднанні зі СНІДом, особливості діагностики та лікування.

Наводимо власне спостереження тяжкої форми ВЛ у хворого на СНІД.

Хворий Т., 40 років, поступив на лікування до терапевтичного відділення Конотопської ЦРЛ 02.04.09 р. зі скаргами на значну загальну слабкість, підвищення температури тіла до 40 0С, кашель з виділенням значної кількості харкотиння, біль за грудиною, у суглобах, нудоту, блювання, схуднення. Захворів у березні 2009 р., коли на фоні ознак виснаження спостерігалось підвищення температури тіла до 39 0С, з'явилися вищезазначені скарги. 18 березня 2009 р. звернувся за медичною допомогою в поліклініку Конотопської ЦРЛ, де йому був встановлений діагноз: гострий бронхіт. Амбулаторно отримував антибактеріальні середники та симптоматичну терапію.

Проте стан продовжував погіршуватись і 2.04.09 р. хворий за направленням лікаря загальної практики - сімейної медицини госпіталізований у терапевтичне відділення Конотопської ЦРЛ.

З анамнезу відомо, що у червні 2007 року у хворого з'явилися висипання на кінцівках, слабкість, швидка втома, запаморочення. До лікаря не звертався, лікування не отримував. У грудні 2007 року до зазначених скарг приєднався кашель, спостерігалось підвищення температури до 40 0С, діагностований туберкульоз легень. З цього приводу хворий лікувався у туберкульозному відділенні Конотопської ЦРЛ з лютого по липень 2008 року, виписаний у задовільному стані з висновком “клінічно вилікуваний”. У лютому 2008 року хворий обстежений на ВІЛ, виявлені антитіла до ВІЛ, але в подальшому на обстеження не з'являвся.

У січні-лютому 2009 року лікувався в дерматовенерологічному відділенні Конотопської ЦРЛ з діагнозом “алергічний контактний дерматит (залишкові явища корости?)”. Про позитивний статус лікарям не повідомляв, своє захворювання з ВІЛ-інфекцією не пов'язував.

За національністю узбек, в Узбекистані має родичів, на батьківщині не був з 1991 року. З 1998 по 2007 рік проживав з родиною в АР Крим, працював у кафе на узбережжі моря в селищах Привітне, Сонячне, Рибачьке

Алуштинського району. З кінця 2007 року по теперішній час постійно проживає у м. Конотоп, у цей час за межі міста не виїжджав. Вживання наркотичних засобів заперечує, препарати крові не одержував, ймовірний шлях інфікування ВІЛ – статевий.

При госпіталізації загальний стан хворого тяжкий. Астенізований.

Тяжкість стану зумовлена інтоксикаційним синдромом, лейкопенією, анемією. Самостійно не пересувається, вага 45 кг при рості 165 см. Шкіра бліда, на слизових язика, мигдаликах, задній стінці глотки, яснах біле нашарування. Над легеньми жорстке дихання, хрипів немає. ЧД 24 за хв. Тони серця ослаблені, ритмічні, ЧСС 98 за хв., АТ 80/50 мм рт. ст. Живіт м'який, неболючий, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, щільна, край гострий, селезінка - до 5 см. Діагностичний пошук проводився у напрямку виключення інфекційної і системної гематологічної патології. Клінічний аналіз крові 02.04.09: гемоглобін 102 г/л, ер. 3,15 x 10¹²/л, кольоровий показник 0,9, лейкоцити 1,9 x 10⁹/л, тромбоцити 198 x 10⁹/л; п. 7 %, с. 4 %, е. 5 %, м. 29 %, л. 55 %; ШОЕ 57 мм/год. Малярійний плазмодій не знайдений. ПТТ 78 %. Загальний білок 52 г/л, альбуміни 26 %, глобуліни 74 % (а1 - 2, а2 - 2, b - 8, γ - 62). Коефіцієнт А/Г 0,35. Кров на гемокультуру і стерильність – мікрофлора не виділена, з мокротиння виділені гриби роду *Candida*. Для верифікації діагнозу проведено стерильну пункцію. При дослідженні пунктату кісткового мозку виявлена *Leishmania donovani*.

Діагноз: ВІЛ-інфекція, ІV клінічна стадія. Вісцеральний лейшманіоз, тяжкий перебіг. Розповсюджений кандидоз (орофарингіальний, стравоходу, шлунка). Хронічний гастродуоденіт у стадії загострення. Залишкові явища туберкульозу легень (від 17.02.09 р.) верхньої долі правої легені (вогнищевий, фаза вапнення, К5. 1).

Призначено лікування: антибактеріальна терапія (авелокс, цефазолін), протигрибкова терапія (фуцис), інфузійні препарати, симптоматичні засоби. Для подальшого лікування 7.04.09 р. хворий переведений у СОКІЛ ім. З.Й. Красовицького. Об'єктивно: стан тяжкий. Виснаження, тургор тканин знижений, м'язовий тонус ослаблений, температура тіла 38°C, шкірні покрови і слизові оболонки бліді, субіктеричність склер. На шкірі передпліч, стегон, гомілок, на передній і задній поверхні грудної клітки, в ділянці ший, на слизовій твердого піднебіння - висипання на різних стадіях розвитку - від дрібних до 2-10 мм у діаметрі; від блідо-рожевих до темно-коричневих і синюшних. В області корінних зубів і на слизовій ротоглотки білуваті кришкоподібні нашарування. Виявлена полілімфаденопатія (шийні, підщелепні, пахвинні, пахові), лімфатичні вузли м'яко-еластичної консистенції, не спаяні зі шкірою, розміром від 5 до 30 мм у діаметрі. Потиличні і пахові вузли - щільні, розміром 5-10 мм. На шкірі та слизових губ - герпетичні висипання у стадії кірочок, у ділянці кута рота - виразки, вкриті кіркою, у ділянці ступнів - лущення, сухість шкіри. В легнях при перкусії легеневиий звук з коробочним відтінком, ЧД 26/хв, аускультативно везикулярне дихання, у нижніх відділах з обох сторін - поодинокі сухі і середньопухирчасті вологі хрипи. Серце - тони ослаблені, систолічний шум на верхівці і в точці Боткіна. ЧСС 100 за хв., АТ 85/60 мм рт. ст. Живіт м'який, неболючий, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 см, щільна, край гострий; селезінка - до 6 см., щільна, неболюча. Нервово-психічний статус - загальмованість, в'ялість, погіршення пам'яті. Призначене лікування: еритроцитарна маса, дезінтоксикаційна терапія (реополіглюкін, 5% розчин глюкози), антибіотики (моксифлоксацин 400 мг/добу, потім цефтріаксон 2,0 г/добу). У комплекс лікування входили симптоматична терапія, десенсибілізуювальні засоби. Імунологічний статус від 7.04.09: CD3 - 427 (N 1100-2200); CD19 - 33

(N100-500); CD4 - 38 (N 600-1100); CD8 - 360 (N 500-1000); CD4/CD8=0,11 (N 1-2,3); активні Т-лімфоцити - 125 (N 0-100); NK- 60 (N 100-600); IgA- 2,73; IgM - 2,2 (N); IgG - 22,7 (N 8-18); ЦІК - 480 (N до 200); серомукоїд - 235,9 (N 55-140).

На фоні проведеного лікування стан хворого дещо покращився, загоїлися виразки на слизовій оболонці рота, температура тіла знизилась.

У зв'язку з можливістю розвитку побічної дії лікарських засобів специфічна терапія була призначена пізніше, при покращенні стану. Слід також додати, що сьогодні основні протилейшманіозні препарати не мають державної реєстрації. Це стало серйозною проблемою при лікуванні хворого Т., у вирішенні якої допомога була надана головним інфекціоністом Збройних Сил України. Питання придбання препарату "Глюконтим" вирішувалось на міждержавному рівні.

У відповідності до клінічних протоколів лікування опортуністичних інфекцій, затверджених наказом МОЗ України від 12.12.03 р. № 580 "Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД", з 4-го дня перебування у стаціонарі хворий почав отримувати специфічну терапію амфотерицином В (фунгізон) 50 мг на добу № 11. З 16-го дня перебування у стаціонарі хворий отримував глюконтим (меглюмін антимоініат), який з метою попередження побічної дії призначався поступово за схемою: перший-третій день 1,0 – 1,5 – 2,0 і далі по 3,0 г на добу протягом 12 діб.

З 3-4-го дня специфічної терапії стан хворого почав поступово покращуватись: нормалізувалась температура, зменшилися ознаки інтоксикації та загальна слабкість, пацієнт почав набирати вагу, покращилися і лабораторні показники.

На 4-й день від початку специфічної терапії клінічний аналіз крові: гемоглобін 79 г/л, ер. 3,21 x 10¹²/л, лейкоц. 4,3 x 10⁹/л, тром. 173 x 10⁹/л, с. 57 %, п. 3 %, л. 31 %, м. 9 %, ШОЕ 40 мм/год. Загальний білок 63 г/л.

З 22.06.09 р. у хворого знову було відмічено підвищення температури тіла до 38 0С, поновився кашель. 26.06.09 р. оглянутий фтизіатром, який встановив діагноз: "Рецидив туберкульозу легень. Позалегеновий туберкульоз внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів". Для подальшого лікування хворий переведений у тубстаціонар, де йому призначений стандартний п'ятикомпонентний режим хіміотерапії.

Сьогодні стан хворого стабільний: явища кахексії відсутні, маса тіла збільшилася на 10 кг, печінка та селезінка значно зменшилися.

Спостерігається клінічне видужання по лейшманіозу. Лікування туберкульозу триває.

Висновки. Має місце завезення в область ВЛ з АР Крим, де через сприятливі умови сформувались місцеві осередки захворювання. Діагноз ВЛ встановлений своєчасно, що дозволило попередити розвиток серйозних поліорганних уражень. Можливе успішне лікування хворих на ВЛ навіть на фоні ВІЛ-інфекції. Зниження активного імунного статусу в результаті тривалого впливу різноманітних імуносупресивних чинників (стрес, інтоксикація, лімфотропні інфекції тощо) можуть вести до набутого імунодефіциту, що сприяє розвитку паразитарних інфекцій в організмі людини. З огляду на високий ризик захворювання на тропічні та паразитарні захворювання, для вчасного виявлення ВЛ слід ретельно аналізувати епідеміологічні дані у хворих з імунодефіцитом, панцитопенією, гепатоспленомегалічним і кахектичним синдромами. Невирішеним в Україні залишається питання забезпечення сучасними препаратами для лікування тропічних паразитозів, у тому числі ВЛ.