

М.А. Колодій

ЛЕЙШМАНІОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

Лейшманіози – це група протозойних і трансмісивних захворювань людей та тварин, що характеризуються ураженням внутрішніх органів (вісцеральний лейшманіоз) або шкіри і слизових оболонок (шкірний лейшманіоз), переносниками яких є москити. За даними ВООЗ, лейшманіози реєструються у 88 країнах Старого і Нового Світу, переважно з тропічним і субтропічним кліматом. Вісцеральний лейшманіоз зустрічається у 65 країнах. Кожний рік близько 12 млн людей хворіють на лейшманіози, а приблизно 350 млн – живуть у зонах ризику. На території країн СНД лейшманіози зустрічаються в Грузії – Кахетія; Азербайджані – район Казаха, Баку; Вірменії – Єреван. Крім того, спорадичні випадки вісцерального лейшманіозу реєструються в Криму і Краснодарському краї.

Збудником антропонозного шкірного лейшманіозу є *Leishmania tropica minor*, вісцерального – *Leishmania donovani (infantum)*. На теперішній час у світі відомо близько 20 видів і підвидів лейшманій. У країнах, де зустрічаються лейшманіози, переважно хворіють діти, оскільки у дорослих формується стійкий імунітет після перенесеної раніше хвороби і повторних захворювань практично не зустрічається. Чіткої сезонності захворювання немає, бо москити в ендемічних районах активні протягом усього року.

Захворювання на лейшманіоз завдають значної шкоди не тільки здоров'ю населення, але й економіці країни, на території якої вони поширені. Враховуючи той факт, що в сучасних умовах між країнами широко розвинуті економічні, туристичні та інші міжнародні зв'язки, існує висока ймовірність завезення лейшманіозу в Україну.

У період 2009–2011 рр. у Харківській обласній клінічній інфекційній лікарні на лікуванні з приводу вісцерального лейшманіозу знаходилось 4 хворих, із них 3 дітей віком від 4 до 14 років, які прибули в м. Харків із Вірменії. Найбільш показовою є історія хвороби пацієнта Б., 50 років, який поступив в обласну клінічну інфекційну лікарню 19.09.2011 р. Вважав себе хворим з

грудня 2010 р., коли перехворів гострою пневмонією. У березні 2011 р. лікувався з приводу хронічного пієлонефриту, а у травні 2011 р. – гострого простатиту. Після перенесених захворювань стан хворого прогресивно погіршувався, періодично підвищувалась температура тіла до 37,5-38°C, відчував загальну слабкість, погіршився апетит. Із епідеміологічного анамнезу стало відомо, що у вересні 2010 р. пацієнт відпочивав у Криму, там же відмічав укуси москітів.

У зв'язку з тим, що стан хворого не покращувався впродовж 6 міс., амбулаторно проведено лабораторне обстеження. Аналіз крові від 16.08.2011 р.: Нь 113 г/л, ер. $3,6 \times 10^{12}$ 1/л, лейкоц. $3,0 \times 10^9$ 1/л, тромб. 25×10^9 1/л, ШОЕ 68 мм/год. У серпні 2011 р. після консультації гематолога проведено стерильну пункцію, у пунктаті кісткового мозку виявлено *L. donovani*. Хворому встановлено діагноз вісцерального лейшманіозу і його госпіталізовано в обласну клінічну інфекційну лікарню.

При госпіталізації хворий скаржився на загальну слабкість, швидку втомлюваність при незначному фізичному навантаженні, сонливість, знижений апетит, втрату маси тіла (до 15 кг за останні 6 міс.), періодичне підвищення температури тіла до 38°C. При об'єктивному обстеженні: притомний, температура тіла 37,6°C, шкіра бліда, тургор її знижений. Тони серця приглушені. Язик вологий, обкладений сірим нальотом. Живіт при пальпації м'який, болючий у правому підребер'ї. Печінка виступає з-під реберної дуги до 3,5 см, край її щільний, помірно болючий. Селезінка пальпується біля краю лівої реберної дуги, щільна. З боку інших органів і систем – без видимої патології. Загальний аналіз крові від 20.09.2011 р.: Нь 108 г/л, ер. $3,3 \times 10^{12}$ 1/л, лейкоц. $3,3 \times 10^9$ 1/л, еоз. 2%, п. 3%, с. 51, лімф. 39%, м. 5%, пойкилоцитів незначна кількість, ШОЕ 63 мм/год. Білкові фракції крові від 28.09.2011 р.: альб. 27,5%, глоб.-а1 12,5%, -β 16,2%, -γ 43,8%. Після проведеного етіотропного і патогенетичного лікування хворий у задовільному стані виписаний додому.

Діагноз вісцерального лейшманіозу в ендемічних районах не викликає труднощів. У районах, вільних від лейшманіозу, існує проблема постановки діагнозу і лише ретельно зібраний епідеміологічний анамнез разом із клініко-лабораторними даними дає можливість запідозрити цю інфекцію.

Таким чином, діагноз вісцерального лейшманіозу повинен ґрунтуватися на анамнестичних даних – перебування в районах, неблагополучних щодо лейшманіозу, клінічних – загальне нездування і періодичне підвищення температури тіла впродовж 6 міс. і довше, прогресуюче схуднення, виражений гепатолієнальний синдром, лабораторних даних – наростаюча анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, збільшена ШОЕ, зменшення альбумінів крові і збільшення рівня глобулінів. Вирішальним у постановці діагнозу є паразитологічне дослідження – виявлення збудника в мазках із пунктату кісткового мозку.

В.В. Кондратюк, О.К. Полукчи, А.О. Швайченко

ДИНАМІКА ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ЦИТОКІНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 У ХВОРИХ НА ТРОПІЧНУ МАЛЯРІЮ

Медична академія післядипломної освіти,
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону,
м. Харків

В організмі людини *P. falciparum* здатний спричиняти низку імунопатологічних реакцій, які спроможні розбалансувати імунну відповідь, що неодмінно призведе до тяжкого перебігу і негативних наслідків хвороби. Відомо, що імунітет після перенесеної малярії видоспецифічний, короткотривалий і недостатньо стійкий. Важливим елементом функціонування імунної системи є цитокіни. Вони здатні брати участь у контролі розвитку і розмноження збудника хвороби, стимулювати клітинний та гуморальний імунітет. У медичній літературі є поодинокі відомості про активізацію клітинної ланки імунітету (за Th1-типом) при тропічній малярії (ТМ), а гуморальний імунітет формується повільно і нетривалий. Саме тому ми вивчали динаміку проти-запального цитокіну інтерлейкіну 4 (ІЛ-4), який вважають одним із чинників імунної відповіді за Th2-типом, тобто гуморальної ланки, у хворих на ТМ.

Під спостереженням знаходилося 38 пацієнтів із ТМ. Діагноз підтверджувався мікроскопією крові з виявленням у мазках *P. falciparum*. Хворі були з категорії миротворців, які знаходились у Ліберії (Західна Африка) і поступали на лікування у 1-2-гу