

Е.В. Новосад, В.В. Белименко, О.В. Шамшева, А.Л. Россина

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАВОЗНОГО ВИСЦЕРАЛЬНОГО  
ЛЕЙШМАНИОЗА У РЕБЕНКА В МОСКВЕ**ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,  
г. Москва, РФ

В настоящее время на территории Российской Федерации лейшманиоз регистрируется в виде завозных случаев, которые являются следствием посещения россиянами неблагополучных по лейшманиозу зарубежных стран. Однако наибольшие риски завозных случаев инвазии обусловлены слабо контролируемым потоком мигрантов из эндемичных по лейшманиозу государств Средней Азии и Закавказья, а также Африки. В статье описывается клинический случай завозного висцерального лейшманиоза у мальчика 2 лет 7 мес с длительным инкубационным периодом. Только обнаружение возбудителя в пунктате костного мозга позволило поставить диагноз. Отсутствие системного риск-ориентированного мониторинга экзотических болезней, низкая информированность врачей и населения часто затрудняют своевременную диагностику лейшманиоза.

**Ключевые слова:** висцеральный лейшманиоз, трансмиссивные болезни, клинический случай, риск-ориентированный мониторинг, дети.

**Цит.:** Е.В. Новосад, В.В. Белименко, О.В. Шамшева, А.Л. Россина. Клинический случай завозного висцерального лейшманиоза у ребенка в Москве. Педиатрия. 2019; 98 (1): 250–253.

E.V. Novosad, V.V. Belimenko, O.V. Shamsheva, A.L. Rossina

**CLINICAL CASE OF IMPORTED VISCERAL LEISHMANIASIS  
IN A CHILD IN MOSCOW**

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Now, in the territory of the Russian Federation, leishmaniasis is registered in the form of imported cases, which are the result of a visit by Russians to foreign countries affected by leishmaniasis. However, the greatest risks of imported invasions are caused by weakly controlled migrants flow from endemic on leishmaniasis states of Central Asia and Transcaucasia, as well as Africa. The article describes a clinical case of imported visceral leishmaniasis with a long incubation period in 2 years and 7 months old boy. Only the detection of the pathogen in the bone marrow punctate allowed to make a diagnosis. Lack of systemic risk-oriented monitoring of exotic diseases, low awareness of doctors and the public often make it difficult to timely diagnose leishmaniasis.

**Keywords:** visceral leishmaniasis, vector-borne diseases, clinical case, risk-oriented monitoring, children.

**Quote:** E.V. Novosad, V.V. Belimenko, O.V. Shamsheva, A.L. Rossina. Clinical case of imported visceral leishmaniasis in a child in Moscow. Pediatrics. 2019; 98 (1): 250–253.

Лейшманиозы — группа трансмиссивных природно-очаговых протозойных болезней человека и животных, возбудителями которых являются одноклеточные паразиты рода *Leishmania*, а переносчиками служат москиты родов *Diptera*, *Psychodidae*, *Phlebotominae*. Источником заболевания служат боль-

ные люди, животные семейства псовых (домашние собаки, волки, шакалы, лисицы) и грызуны [1].

Жизненный цикл лейшманий происходит со смесью хозяев. Москиты инфицируются, кусая больного человека или животное. В пищеварительном тракте членистоногих переносчиков незрелые безжгутико-

**Контактная информация:**

Новосад Екатерина Вячеславовна – к.м.н., доц. каф. инфекционных болезней у детей ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ  
Адрес: Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1  
Тел.: (499) 236-25-51, E-mail: novyi@yandex.ru  
Статья поступила 4.06.18, принята к печати 13.12.18.

**Contact Information:**

Novosad Ekaterina Vyacheslavovna – Ph.D., associate prof. of Infectious Diseases in Children Department, Pirogov Russian National Research Medical University  
Address: Russia, 117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1  
Tel.: (499) 236-25-51, E-mail: novyi@yandex.ru  
Received on Jun. 4, 2018, submitted for publication on Dec. 13, 2018.

вые формы лейшманий созревают и превращаются в подвижные жгутиковые формы, которые скапливаются в глотке москита. При новом укусе подвижные лейшмании проникают со слюной москита в ранку и внедряются в клетки эпителия или заносятся во внутренние органы [1, 2].

Лейшманиозы имеют очень широкое распространение и регистрируются преимущественно в странах с жарким климатом: Центральная Азия, Африка, страны побережья Средиземного моря, Южная и частично Центральная Америка.

По ареалу распространения различают лейшманиозы Старого Света (кожный и висцеральный) и лейшманиозы Нового Света (кожный, кожно-слизистый и висцеральный) [1, 2].

Лейшманиозы Старого Света разделяют на две группы [2]:

- кожный лейшманиоз (КЛ). Возбудители *Leishmania tropica* Wright, 1903, *Leishmania major* Yakimoff, 1915, *Leishmania aethiopica* Bray, 1973 распространены в Средиземноморском бассейне, на Ближнем Востоке, в Средней Азии, Северной Африке, в Закавказье, на полуострове Индостан;

- висцеральный лейшманиоз (ВЛ) – хроническое системное заболевание, вызываемое простейшими: *Leishmania donovani*, Laveran, Mesnil, 1903 — индийский лейшманиоз (кала-азар), распространенный в Индии, Непале, Бангладеш, странах Восточной Африки; *Leishmania infantum* Nicolle, 1908 — средиземноморский (детский); *Leishmania archibaldi* Castellani, Chalmers, 1919 — восточноафриканский тип (Судан, Кения, Эфиопия),

По данным ВОЗ/ВНО, эндемичными по лейшманиозам являются 98 государств мира. Ежегодно регистрируется 1,3 млн новых случаев инфицирования людей и 20–30 тыс случаев смерти. На долю ВЛ ежегодно происходит от 200 до 400 тыс новых случаев заболевания [1, 3–5].

Лейшманиозы включены в специальную программу ВОЗ по изучению и борьбе с тропическими болезнями. В некоторых развивающихся странах лейшманиозы могут выступать в качестве фактора, сдерживающего экономическое развитие тех или иных регионов [1].

На территории бывшего СССР очаги ВЛ, вызываемого *L. infantum*, известны в Грузии, Армении, Азербайджане, Узбекистане, Туркменистане, в Крыму и на юге Казахстана [4, 6–8].

По данным Роспотребнадзора [5], на территории Российской Федерации в настоящее время регистрируются исключительно завозные случаи ВЛ и КЛ. Все случаи связаны с выездами граждан России в неблагополучные по заболеванию страны. За период с 2011 по 2014 гг. было зарегистрировано 23 случая лейшманиоза, в т.ч. 8 случаев ВЛ и 15 случаев КЛ.

Случаи ВЛ зарегистрированы в 6 субъектах Российской Федерации: в Москве, Санкт-Петербурге, Пермском и Красноярском краях, Республике Дагестан и Самарской области.

КЛ зарегистрирован в 8 субъектах Российской Федерации: в Москве, Санкт-Петербурге, Калужской, Волгоградской и Томской областях, Хабаровском крае, республиках Татарстан и Крым.

Зарегистрированы случаи завоза лейшманиоза в Россию из 11 стран: Таджикистана, Израиля,

Турции, Азербайджана, Ирана, Индонезии, Испании, Мексики, Туркменистана, Сирии и Узбекистана.

Завоз лейшманиоза происходит в большинстве случаев приезжающими на территорию Российской Федерации жителями эндемичных стран, а также российскими гражданами, которые заражаются в туристических поездках.

По данным ВОЗ, Россия официально не является эндемичной по ВЛ страной, но на территории Республики Крым на протяжении длительного периода отмечаются спорадические случаи заболевания у взрослых и детей [1, 5].

Целью данной работы является описание и анализ завозного клинического случая лейшманиоза у ребенка в Москве.

Под нашим наблюдением находился мальчик Д., в возрасте 2 года 7 месяцев.

Раннее развитие по возрасту. Профилактические прививки по календарю. Аллергоанамнез не отягощен. Контакты с инфекционными больными отрицает.

Семья проживает в Московской области в г. Домодедово (отец, мать, брат 6,5 лет – все здоровы).

Эпиданамнез: 17.07 выезжали в г. Подольск на речку Десна (ребенок не купался). Укусы насекомых, присасывание клещей мама отрицает. В возрасте 6 месяцев мальчик выезжал в Грузию.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 2 последних месяцев у ребенка имеет место склонность к запорам (стула не было по 2–3 дня, мама делала очистительные клизмы). В течение последнего месяца мама отметила у ребенка увеличение в объеме живота, которое связывала с запорами, поэтому к врачу сразу не обратилась. Самочувствие ребенка не страдало, аппетит не нарушался, температура тела не повышалась.

В связи со значительным увеличением у ребенка в объеме живота, по месту жительства сдали общий анализ крови (ОАК) 25.07, в котором обнаружили снижение уровня гемоглобина до 67 г/л, тромбоцитов до  $103 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитов до  $2,3 \cdot 10^9$ /л, увеличение СОЭ до 54 мм/ч. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости выявили гепатоспленомегалию. В связи с выявленными изменениями мальчик поступил самотеком 29.07 в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу (МДГКБ) в отделение гематологии.

При поступлении состояние тяжелое (за счет изменений в гемограмме), в сознании, активен, негативен на осмотр, температура тела 36,8 °С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые от сыпи. Лимфатические узлы мелкие во всех группах. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧСС 120 в мин, ЧД 24 в мин. Живот увеличен в объеме, выражена сосудистая сеть. Печень +6+7 см из-под края реберной дуги, селезенка в малом тазу, при пальпации безболезненные, плотные. Стул после клизмы оформленный. Моча светлая.

На основании данных анамнеза, осмотра, лабораторного обследования у ребенка имеет место анемия неясной этиологии, гепатолиенальный синдром. Проводили дифференциальный диагноз между лимфопролиферативными заболеваниями, портальной гипертензией, гемобластомами.

Динамика показателей общего анализа крови

Дата	НЬ, г/л	НСТ, %	RBC, · 10 <sup>12</sup> /л	WBC, · 10 <sup>9</sup> /л	PLT, · 10 <sup>9</sup> /л	GRA, %	LYM, %	MON, %	EOS, %	Ретикулоциты, %	СОЭ, мм/ч
29.07	64,0	21,8	3,32	3,0	118	14,1	76,6				
30.07	53,0	19,6	3,1	2,2	103	10,7	81,2				
31.07	57,0	13,7	2,95	1,9	90	14,1	79,1				
1.08	82,0	27,2	3,76	3,0	138	19,9	72,7	7,4	–		
3.08	82,0	26,5	3,85	2,5	116	11	74	14	1	0,6	170

Динамика показателей ОАК представлена в таблице.

Рентгенограмма органов грудной клетки 29.07: патологии не выявлено. УЗИ органов брюшной полости 29.07: печень – соотношение сегментов не изменено, правая доля 108 мм, левая доля – 72 мм, первый сегмент – 32 мм, паренхима обычной экзогенности, однородная. Сосудистый рисунок не изменен, воротная вена в проекции до 10 мм, желчные протоки не расширены; селезенка – контуры четкие, ровные, паренхима обычной экзогенности неоднородная с гипоехогенными включениями. Размеры 135x43 мм, селезеночная вена в проекции ворот до 8 мм. Мезентериальные лимфоузлы не увеличены. Свободной жидкости и патологических включений в брюшной полости не выявлено.

Учитывая анемию III степени (гипохромная микроцитарная), ребенку проведена заместительная гемотрансфузия 30.07 из расчета 10 мл/кг и 31.07 из расчета 15 мл/кг.

Для исключения системного гематологического заболевания 1.08 проведена диагностическая пункция костного мозга, в миелограмме в части ретикулярных клеток найдены скопления лейшманий (ответ получен 2.08) (см. рисунок).

Биохимический анализ крови 1.08: выраженная диспротеинемия олигий белок (84 г/л, альбумин 28,6% (норма 55,8–66,1%),  $\alpha_1$ -глобулины 7,2% (норма до 4,9%),  $\alpha_2$ -глобулины 6,7% (норма 7,1–11%),  $\beta$ -глобулины 8,4%,  $\gamma$ -глобулины 49,1% (норма до 20,8%), СРБ 0,046 (норма до 0,005) г/л, АЛТ 17 Ед/л, АСТ 56 Ед/л, мочевины 3,7 ммоль/л, креатинин 38 мкмоль/л, железо 4,7 мкмоль/л, ферритин 173 мкг/л. IgM 511 мг/дл (норма до 142 мг/дл), IgG 4135 мг/дл (норма до 1020 мг/дл), IgA 45 мг/дл, фолат >24,6 нг/мл (норма до 17,2 нг/мл), витамин В<sub>12</sub> 149 пг/мл (норма до 914 пг/мл).

Коагулограмма 1.08: протромбиновый индекс по Квику 81%, протромбиновое время 12,8 с, фибриноген 2,65 г/л, тромбиновое время 26,1 с, АЧТВ 31,8 с.

ИФА на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С – отрицательные результаты.

Общий анализ мочи – без патологии.

УЗИ органов брюшной полости 2.08: признаков портальной гипертензии не выявлено.

Также препараты из пунктата костного мозга были проконсультированы 3.08 в клинико-диагностической лаборатории по паразитарным болезням Клинического центра первого МГМУ им. И.М. Сеченова, где диагноз лейшманиоза был подтвержден.

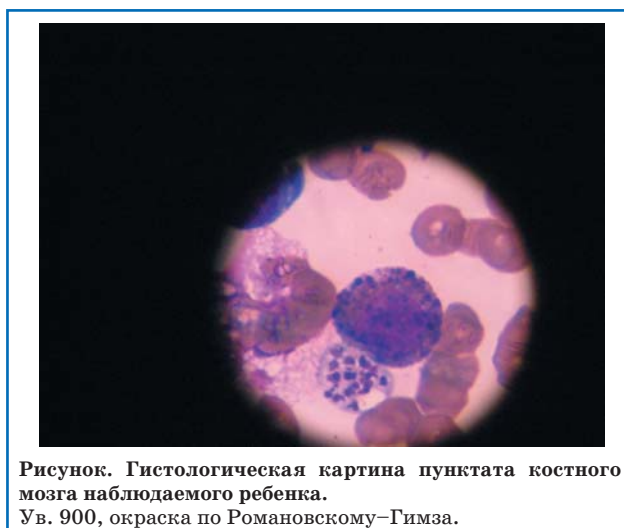


Рисунок. Гистологическая картина пунктата костного мозга наблюдаемого ребенка.  
Ув. 900, окраска по Романовскому–Гимза.

Таким образом, на основании данных эпидемиологического анамнеза (посещение Грузии в возрасте 6 месяцев), клинико-лабораторных данных (постепенное нарастание клинической картины, гепатолиенальный синдром, панцитопения: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ) и обнаружения лейшманий в пунктате костного мозга был поставлен окончательный диагноз: лейшманиоз, висцеральная форма.

От лечения амфотерицином В мама ребенка отказалась, для дальнейшего лечения ребенок 3.08 уехал в Грузию. Дальнейшая судьба ребенка не известна.

Данный клинический пример интересен тем, что заболевание протекало без повышения температуры тела, инкубационный период составил около 2 лет, что затрудняло диагностику и не позволило сразу связать клиническую картину с посещением эндемичной по лейшманиозу страны (Грузии). Только обнаружение лейшманий в пунктате костного мозга позволило поставить правильный диагноз.

### Заключение

Согласно литературным данным, ВЛ, вызываемый *Leishmania infantum*, характеризуется хроническим течением, гепатоспленомегалией и поражением лимфоидно-макрофагальной системы. Клинические проявления инфекции наблюдаются в основном у детей младшего возраста [1]. Взрослые болеют ВЛ редко, среди них преобладают носители лейшманий, точнее, лица с латентной инфекцией [7].

Инкубационный период при ВЛ составляет от 3 до 5 месяцев, но иногда он сокращается до 10 дней или растягивается до 3 лет. Клинические проявления

характеризуются длительной лихорадкой неправильного типа, интоксикацией, лимфоаденопатией (не всегда выраженной), постепенным и неуклонным увеличением и уплотнением печени и селезенки. В период разгара ВЛ у больных отмечается нарастающая бледность кожных покровов, связанная с анемией.

При отсутствии эффективной этиотропной терапии, в течение 6–24 месяцев заболевание заканчивается летальным исходом. Случаи самопроизвольного излечения редки. После перенесенного ВЛ у больных формируется стойкий иммунитет (исключая больных с иммунодефицитом).

Возбудитель ВЛ способен персистировать в организме клинически здорового человека в течение нескольких лет и вызывать острое заболевание с типичной клиникой после ухудшения иммунного статуса инфицированного лица.

В то же время имеются многочисленные публикации о том, что в странах Средиземноморья (Италии, Испании, Франции, Португалии), эндемичных по ВЛ, резко возросла заболеваемость у ВИЧ-инфицированных взрослых, главным образом горожан, на долю которых приходится 25–75% вновь зарегистрированных случаев ВЛ, т.е. от 1,5 до 9% больных СПИДом страдают от вновь приобретенного или ранее латентного ВЛ [2–4, 7].

Трудности клинической диагностики ВЛ, длительный инкубационный период, отсутствие настороженности у врачей и ряд других факторов затрудняют своевременную постановку диагноза, отсутствие своевременной этиотропной терапии может привести к летальному исходу.

Также в связи с присоединением к РФ Республики Крым, на курортах которой ежегодно отдыхают много российских граждан, проблема ВЛ в этом регионе приобретает особую актуальность, так как в Крыму спора-

дические случаи этого заболевания у взрослых и детей отмечаются на протяжении длительного периода, а особенности передачи этой инфекции не исключают возможности сезонного возникновения вспышек [1, 9–12].

Кроме того, в научной литературе имеются данные о случаях заражения людей на территории Республики Дагестан в начале и середине прошлого века, что не исключает возникновение вспышек заболевания в будущем [11].


Таким образом, лейшманиоз сохраняет свою актуальность для здравоохранения России в связи с возможностью завоза этой инфекции мигрантами и туристами из эндемичных территорий. Риски заражения граждан Российской Федерации лейшманиозом остаются при посещении стран Закавказья и Средней Азии в пик активности кровососущих переносчиков возбудителя (май – сентябрь).

В современных условиях происходит постоянное расширение географии путешествий наших сограждан, в т.ч. с детьми. Поэтому необходимо уделять внимание санитарно-просветительской работе среди врачей и населения для повышения информированности в вопросах профилактики ВЛ перед поездкой в эндемичный регион.

**Финансирование и конфликт интересов:** отсутствуют.

**Благодарность:** авторы выражают благодарность проф. Е.В. Понировскому за помощь в постановке диагноза, врачам лаборатории МДГКБ Н.Б. Гайворонской и Н.П. Твалишвили.

Novosad E.V.  0000-0001-9336-0969

Belimenko V.V.  0000-0001-8871-7863

Shamsheva O.V.  0000-0002-6033-6695

## Литература

1. Борьба с лейшманиозом. Доклад на заседании Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом. Серия технических докладов ВОЗ (№ 949). Женева, 22–26 марта 2010: 243.
2. Крылов М.В. Определитель паразитических простейших. Санкт-Петербург: Зоологический институт РАН, 1996: 602.
3. Сергиев В.П., Кузнецова К.Ю. Современные проблемы в сфере паразитарных болезней и их терапии. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014; 1: 12–16.
4. Чемич Н.Д., Ильина Н.И., Захлабаева В.В., Шолохова С.Е. Лейшманиоз: современные аспекты. Клиническая инфектология и паразитология. 2013; 2 (5): 105–113.
5. Письмо Роспотребнадзора от 04.03.2015 № 01/2160-15–27 «О ситуации по лейшманиозам в Российской Федерации». [Электронный ресурс: [http://rosпотребнадзор.ru/deyatelnost/epidemiological-surveillance/?ELEMENT\\_ID=3163](http://rosпотребнадзор.ru/deyatelnost/epidemiological-surveillance/?ELEMENT_ID=3163)].
6. Баранец М.С., Ермак Т.Н., Понировский Е.Н. Клинико-эпидемиологические особенности висцерального лейшманиоза в Республике Крым. Терапевтический архив. 2017; 11: 100–104.
7. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Груздев Б.М., Филиппов П.Г. Первый случай висцерального лейшманиоза у больного с ВИЧ-инфекцией в России. Терапевтический архив. 1997; 11: 48–50.
8. Ермак Т.Н. Лейшманиоз и ВИЧ-инфекция. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2015; 1: 48–52.
9. Келлина О.И. Об ареале висцерального лейшманиоза в СССР (анализ случаев, выявленных в неизвестных эндемичных районах). Медицинская паразитология. 1977; 6: 658–661.
10. Морозова Л.Ф., Тумольская Н.И. Завозной лейшманиоз: дифференциальная диагностика и лечение. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014; 1: 47–51.
11. Понировский Е.Н., Стрелкова М.В., Завойкин В.Д., Тумольская Н.И., Мазманян М.В., Баранец М.С., Жиренкина Е.Н. Эпидемиологическая ситуация по лейшманиозам в Российской Федерации: первые достоверные случаи местной передачи. Медицинская паразитология. 2015; 3: 3–7.
12. Рымаренко Н.В., Усова С.В., Крюгер Е.А., Романенко С.П., Четко С.Т. Клинический случай висцерального лейшманиоза у ребенка раннего возраста в Крыму. Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины 2014; 4 (16): 42–45.