



УДК 616.993.161-053.2/3:616.91-07

МАВРУТЕНКОВ В.В.¹, ЖУКОВА Н.В.²¹Кафедра инфекционных болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина²КУ «Городская клиническая больница им. Е.Г. Попковой № 21» ДОР», г. Днепропетровск, Украина

ВЕРОЯТНЫЙ СЛУЧАЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЗАВОЗНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА НОВОГО СВЕТА КАК ПРИЧИНА ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Резюме. Цель работы: представить клинический случай эндемичной инфекции — висцеральной формы лейшманиоза Нового Света как возможной причины лихорадки неясного происхождения у ребенка раннего возраста. **Материалы и методы.** Данная статья содержит описание вероятного случая висцерального лейшманиоза Нового Света у ребенка раннего возраста, диагностированного *ex juvantibus* и с учетом пребывания в эндемичной зоне (Бразилия). С согласия родителей ребенка использованы данные медицинской документации (выписки из историй болезни, результаты анализов и инструментальных исследований) клиник Украины (г. Днепропетровск) и Турции (г. Стамбул). **Выводы.** Все случаи лихорадки неясного происхождения, особенно у больных с указанием на пребывание в суб- и тропических регионах, должны быть своевременно обследованы на *Leishmania* (кровь, стерильный пунктат) микроскопическим, серологическим и молекулярно-биологическими методами. Отрицательные результаты анализов не должны исключать диагноз эндемичной инфекции, если не установлены иные причины заболевания.

Ключевые слова: лихорадка неясного происхождения, диагностика, висцеральный лейшманиоз Нового Света, дети раннего возраста.

Дефиниция. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), лейшманиоз (ЛЗ) — это заболевание, связанное с низким социально-экономическим уровнем жизни, вызываемое внутриклеточными простейшими, принадлежащими к роду *Leishmania*, которые распространяются трансмиссивным путем, через укусы флеботомных москитов [1].

Актуальность. Лейшманиоз — распространенная паразитарная инфекция, которая регистрируется в 98 странах мира. В планетарном масштабе ЛЗ поражено около 12 млн человек, из которых ежегодно умирает около 50 тыс. человек. При этом ежегодно регистрируется еще от 1,5 до 2 млн новых больных ЛЗ, из которых около полумиллиона случаев приходится на висцеральную форму ЛЗ (ВЛЗ) [1]. В новейшей истории Украины зарегистрировано порядка 40 случаев ЛЗ, из которых подавляющее большинство были завозными. Эндемичные случаи ЛЗ были зарегистрированы в Украине с 2008 по 2011 год в нескольких городах: Киеве (2008 г.), Львове (2008 г.),

Сумах (2009 г.) и Харькове (2009–2011 гг.), особенностью эпидемиологического анамнеза было то, что все пациенты пребывали в АР Крым в разные периоды времени [2, 6]. Однако, по рекомендациям ВОЗ, наша страна относится к территориям со спорадическими случаями ЛЗ, несмотря на то, что имеются все составляющие эпидемического процесса: возбудитель, резервуар, а также переносчики инфекции.

Таким образом, ЛЗ не является исключительно тропической инфекцией и представляет реальную угрозу для общественного здоровья Украины.

Цель: улучшить диагностику причин лихорадки неясного происхождения (ЛНП) на основе описа-

Адрес для переписки с автором:
Маврутенков Виктор Владимирович
E-mail: vvmavr@yandex.ua

© Маврутенков В.В., Жукова Н.В., 2016

© «Здоровье ребенка», 2016

© Заславский А.Ю., 2016

ния клиники вероятного случая ВЛЗ Нового Света у ребенка раннего возраста.

Описание клинического случая

Девочка Т., 13.02.2014 г.р. (на момент заболевания 1 г. 7 мес.), этническая украинка, проживает со своими биологическими родителями в г. Днепропетровске.

По данным эпидемиологического анамнеза, за 2 месяца до начала заболевания девочка со своей семьей вернулась в г. Днепропетровск из восточного штата Минас Жерайс (португал. *Minas Gerais*) Бразилии, где семья жила в течение 6 месяцев. Однократно за это время ребенок болел острой респираторной инфекцией, имели место укусы москитов. Девочка получила все прививки согласно национальному календарю вакцинации Украины, на диспансерном учете не состояла, реакции гиперчувствительности на медикаменты и пищу не наблюдались. Семейный анамнез не отягощен.

По данным анамнеза, заболевание началось 01.09.2015 остро, когда на фоне полного благополучия повысилась температура тела до гектических цифр, с потрясающими ознобами, которая купи-

ровалась на 2–3 часа после приема антипиретиков. Первую неделю заболевания ребенка лечил в амбулаторных условиях педиатр, который назначил амоксициллин/клавулановую кислоту (аугментин) внутрь в соответствующих возрасту дозах, антипиретики. Учитывая отсутствие эффекта от лечения, ребенок был госпитализирован в одну из детских больниц города, где продолжил терапию уже цефтриаксоном (лораксон) парентерально, в возрастной дозе в течение недели, а также однократно болюсом дексаметазон, инфузии кристаллоидов и антипиретики. Несмотря на проводимое лечение, девочка продолжала лихорадить, что явилось причиной ревизии антибактериальной химиотерапии и замены цефтриаксона на меропенем (меронем). Однако эскалация антибактериальной химиотерапии не привела к улучшению состояния ребенка: усилилась бледность кожи и слизистых, сохранялась гектическая лихорадка с ознобами, а также вялость и сонливость даже в период непродолжительной апирекции, увеличились размеры печени и селезенки, существенно возрастали лабораторные признаки системного воспалительного ответа (СВО) (табл. 1). Ребенок неоднократно консультировался врачами

Таблица 1. Динамика параклинических признаков ребенка Т., 1 г. 7 мес.

Показатели	11.09	16.09	18.09	21.09	22.09	Гемотрансфузия					Начало терапии AmBisome	
						23.09	24.09	25.09	26.09	28.09	29.09	14.11
Гемоглобин, г/л	88	71	81	66	66	108	106	106	116	103	104	123
Эритроциты, г/л	3,35	3,03	3,15	3,0	3,1	4,2	4,1	4,3	4,5	4,1	4,2	4,97
Лейкоциты, г/л	6,01	5,44	6,12	4,19	4,66	5,28	4,58	4,16	5,4	4,79	6,92	9,58
Эозинофилы, %	–	1	–	0	0	0,2	0	0,5	0,9	1,7	1,3	4,2
Нейтрофилы, абс., 10 ⁹ /л	–	–	–	1,62	1,84	2,91	2,06	1,04	1,44	1,02	2,07	5,46
Лимфоциты, абс., 10 ⁹ /л	–	–	–	2,16	2,52	1,91	2,23	2,77	3,47	3,1	4,05	3,05
Моноциты, абс., 10 ⁹ /л	–	–	–	0,37	0,28	0,44	0,24	0,29	0,38	0,56	0,67	0,66
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	–	100	119	108	129	90	81	85	126	197	308	185
СОЭ, мм/час				71		–				14		5
Альбумин, г/дл				2,5	2,5				2,5		3	
МНО, Ед.		–	–	–	1,05					1,03		–
ЛДГ, Ед/л				872	844				717	471		
ГГТ, Ед/л				67	59				67	52		
С-РП, мг/дл		–		6,04	5,35					0,5	0,34	
ПКТ, нг/мл		–	–	0,69	–							
АлАТ, Ед/л		–	92	83	67				76	110	122	
АсАТ, Ед/л		–	139	82	80				113	107	96	
Креатинин, мг/дл				0,32					0,3	0,28	0,32	
Ферритин, нг/мл				2484								

Примечания: СОЭ – скорость оседания эритроцитов; МНО – международное нормализованное отношение; ЛДГ – лактатдегидрогеназа; ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза, С-РП – С-реактивный протеин, ПКТ – прокальцитонин; АлАТ – аланинаминотрансфераза; АсАТ – аспартатаминотрансфераза.

узких спеціальностей, по результатам цих консультацій був винесен вердикт «дебют системного захворювання соединительной ткани» і рекомендовано назначення системної імуносупресивної терапії, де в якості першого вибору розглядалися глюкокортикостероїди або альтернатива — гомологічний імуноглобулін для внутривенного введення.

Миелограма дівчинки по даним стернальної пункції (18.09.2015): препарати костного мозгу гіперклеточні, індекс лейко-еритроцитарного співвідношення сдвинут в сторону еритропоєза, відзначається незначительний диспоз еритрона; созрівання кліток нейтрофільного ряду в межах норми.

Данні інструментальних обстежень ребенка, проведених в Україні. Ультрасонографія органів брюшної порожнини і забрюшинного простору (17.09.2015) — гепатоспленомегалія, об'ємних образований і аномалій нет; рентгенограма органів грудної клітки в прямій проекції (07.09.2015) — інфільтративних тіней або ознак новообразований не виявлено; обстеження на малярію методом товстої краплі (11.09.2015) — плазмодії не виявлені; аналіз крові на маркери аутоімунного процесу антиядерні і антимиохондриальні антитіла (15.09.2015) — не виявлені; аналіз крові на вірус імунодефіциту людини (15.09.2015) — не виявлений.

На 21-й день захворювання (21.09.2015) батьки відмовилися від подальшого лікування в Україні і самостійно транспортували ребенка в Турецьку Республіку, де дівчинка була госпіталізована в інфекційне відділення (карта № 75079951, лікує лікар — проф. Metehen Özen) стамбульської клініки Acibadem Atakent Hastanesi з діагнозом: ЛНП (МКБ-10: R50.9 Fever, not identified). Була знову назначена хіміотерапія тейкопланіном термом на 6 днів. В період перебування в інфекційному відділенні стамбульської клініки у дівчинки зберігалися гектична лихорадка, блідість, збільшені розміри печінки і селезінки, посилювався цитопенічний синдром, що потребувало екстреної трансфузії еритроцитарної маси (22.09.2015). Вказана семиотика по-прежнему супроводжувалася лабораторними ознаками СВО — підвищеним рівнем С-РП, ПКТ, гіпертрансаміназемією і др. Ехокардіографія (22.09.2015) патології серця не виявила. Повторна сонографія в стамбульській клініці (22.09.2015) — гепатоспленомегалія, існує незначительне кількість вільної рідини в брюшній порожнині. Проведене серологічне дослідження крові (21.09.2015) методом імуноферментного аналізу (ІФА) на наявність антитіл класу М і G проти *Salmonella typhi* і *Salmonella paratyphi* (реакція Відала), *Brucella*, *Borrelia burgdorferi* — не виявлені. По результатам імунологічного дослідження крові (21.09.2015), вміст загальних ІgА — 82 (N 15–111) мг/дл, G — 789 (N 451–12001) мг/дл в межах фізіологічної норми, тоді як

рівень ІgM був незначительно підвищений — 197 (N 35–184) мг/дл. Бактеріологічне дослідження (21.09.2015) кала, вмісту носоглотки і крові також не дало росту патогенних культур. Повторна стерильна пункція в стамбульській клініці (23.09.2015): препарат костного мозгу гетерогенний, гіперклеточний. В еритроїдному ростку дисплазія, мультиядерні ядра, присутні лізовані еритроцити. Атипичних кліток або бластних кліток не виявлено. Амастиготних форм *Leishmania* не виявлено. Аналіз крові методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на наявність ДНК *Leishmania* spp. (28.09.2015) — генетичний матеріал *Leishmania* не виявлений. Однак після відеоконференції 28.09.2015 (на 28-й день лихорадки) по системі Скайп з бразильськими спеціалістами, які роз'яснили цю ситуацію як вірогідний випадок ВЛЗ Нового Світа, турецькими лікарями було прийнято рішення почати пробне введення Amphotericin B liposomal (AmBisome) в дозі 3 мг/кг в сутки внутривенно через периферический катетер [8, 11]. На другі сутки введення препарату температура ще зберігалася фебрильною, але кінця третіх суток терапії AmBisome лихорадка стійко купувалася. Всього дівчинка отримала 7-денний курс інфузій AmBisome (загальна доза препарату складала 21 мг/кг), по завершенні якого в течение 10 днів покращилося самопочуття дівчинки, зменшилися розміри печінки і селезінки, нормалізувався клітинний склад крові, зникли параклінічні ознаки СВО. Ребенок виписаний з інфекційного відділення клініки Acibadem Atakent Hastanesi з клінічним діагнозом «вісцеральний лейшманиоз» (МКБ-10: B55.0 Visceral Leishmaniasis). По поверненні з Турції в г. Дніпропетровськ 14.11.2015 у дівчинки був проведений аналіз крові методом ІФА, який не виявив специфічних антитіл класу G к *Leishmania* spp. Дівчинка, по даним катамністического спостереження, в нинішнє час здорові.

Дискуссія

Застосовувана класифікація захворювання побудована на двох принципах: 1) географічний — ЛЗ Старого (Євразія, Африка) Світа і ЛЗ Нового (Південна і Центральна Америка) Світа; 2) клініко-анатомічний — шкірна (локалізована, дифузна, рецидивуюча форми і пост-калазар), шкірно-слизистий і вісцеральний варіант ЛЗ [1]. Данна класифікація дуже зручна з практичної точки зору, так як дозволяє визначити епідеміологію ЛЗ, сформулювати клінічний діагноз і вибрати раціональну антипаразитарну хіміотерапію. Аналізуючи представлений випадок, слід відзначити, що семиотика захворювання ребенка підпадає під клінічний діагноз ЛНП, який визначається як патологічне стан, основним проявом якого є підвищення температури тіла $\geq 38,3$ °C на протяженні 3 і більше тижнів, причиною якого залишається

неизвестной после обследования с помощью общепринятых (рутинных) методов диагностики [4]. В национальном протоколе по диагностике ЛНП указано, что в качестве причин на долю инфекций приходится от 25 до 50 % [4]. Согласно указанному протоколу для верификации этиологии ЛНП следует также учитывать «географический, профессиональный маршруты», а при лабораторных обследованиях необходимо проводить анализы на ЛЗ путем выявления ДНК возбудителя [4].

В связи с вышеизложенным основной ошибкой, если согласиться с диагнозом «висцеральная форма ЛЗ», явилась недооценка эпидемиологического анамнеза — длительное пребывание ребенка в штате *Minas Gerais* Бразилии, эндемичном по ЛЗ. Этот факт еще раз указывает на огромное значение тщательного сбора анамнеза, а также осведомленности врача об актуальной эпидемической ситуации в стране пребывания. Вместе с тем только эпидемио-

логические сведения при всей их важности обязаны должным образом подтверждаться клиническими признаками, инструментальными, лабораторными и специфическими паразитологическими исследованиями. Для унификации диагноза ВОЗ были предложены критерии ВЛЗ (табл. 2) [1].

Как видно из табл. 2, где сопоставляется семиотика заболевания девочки Т. с опорными диагностическими критериями ВЛЗ в соответствии с рекомендациями ВОЗ, лабораторного подтверждения диагноза этой паразитарной трансмиссивной инфекции нет. Вместе с тем следует учитывать, что наиболее уязвимой группой для ЛЗ-инфекции на любом континенте являются дети в возрасте до 5 лет, что обусловлено их анатомо-физиологическими особенностями и социальной зависимостью [1, 10]. Кроме того, в отличие от «резидентов» эндемичных зон, у лиц, временно проживающих на эндемичных по ЛЗ территориях, висцеральная форма заболевания начина-

Таблица 2. Сопоставление семиотики ребенка Т. с диагностическими критериями ВЛЗ согласно рекомендациям ВОЗ [1, 10]

Диагностические критерии ВОЗ		
Клинические критерии		
Ребенок Т.		Операционное определение*
Лихорадка до гектических цифр продолжительностью более 3 недель	Продолжительная перемежающаяся лихорадка	Повышение температуры тела $\geq 38,3$ °C на протяжении 3 и более недель [4]
Спленомегалия и гепатомегалия	Спленомегалия	Сонографически размеры селезенки у детей 1–2 лет — 60 мм (длина) \times 25 мм (толщина) [5], печени — 60 мм (правая доля) \times 40 мм (левая доля) [3, 5] с поправкой на соматотип
Незначительная	Потеря массы тела	Потеря массы тела: 1. Уменьшение окружности верхней части плеча менее 115 мм (возраст — от 6 до 60 месяцев). 2. Отклонение весо-ростового отношения в пределах более 3 стандартных отклонений [12]
Не назначались	Нет реакции на противомаларийные лекарства ¹	Хлорохин либо артемизинин при устойчивости к хлорохину и/или маленькой массе тела [9]
Лабораторные критерии диагностики		
В двукратном стерильном пунктате амастиготы не обнаружены	Положительные паразитологические исследования: окрашенные мазки из костного мозга, селезенки, печени, лимфатических узлов, крови или культуры организма, полученной из биопсийного/аспирационного материала	Положительный результат паразитологического исследования с различной вероятностью в зависимости от образца аспирата
Отрицательные тесты ИФА ²	Положительные серологические тесты: ИФА, ELISA, rK39, прямая реакция агглютинации	Положительные серологические тесты к антигенам ЛЗ исследуемого региона
Отрицательные тесты ПЦР ³	Выделение ДНК лейшмании методом ПЦР и другие методы	Положительный результат ПЦР к ДНК <i>Leishmania</i> spp.

Примечания: * — операционное определение — как будет измеряться данный признак [7]; ¹ — в эндемичных по малярии районах; ² — ИФА в Украине, в Турции не проводился; ³ — ПЦР проводилась только в Турции; ELISA — enzyme-linked immunosorbent assay.

ется с внезапной лихорадки, выраженной слабости, недомогания, профузного потоотделения, быстрой потери веса и частых осложнений в виде тяжелой гемолитической анемии, что имело место у ребенка Т. [1]. При этом проведенные в дебюте заболевания в Украине обследования не выявили маркеров аутоиммунных и лимфопролиферативных заболеваний. Вместе с тем негативные результаты паразитологических и серологических методов исследования, являющиеся обязательными критериями согласно ВОЗ, ставят под сомнение диагноз ВЛЗ. Возможно, на результаты специфических лабораторных исследований повлияли следующие факторы. Во-первых, низкая чувствительность паразитологических методов диагностики. Классическим референс-тестом является визуализация амастиготных форм паразита посредством микроскопического исследования аспиратов тканей. Однако, несмотря на высокую специфичность прямой микроскопии, чувствительность этого способа относительно низкая и очень зависит от локуса обследования. Так, наибольшая чувствительность выделения ЛЗ методом прямой микроскопии имеет место при исследовании аспиратов селезенки (93–99 %), тогда как биоптатов костного мозга — 53–86 %, а лимфатических узлов еще меньше — 53–65 % [1]. Следует отметить, что в данном случае не применялось культивирование аспиратов/тканей органов, что значительно снизило чувствительность микроскопического метода диагностики. Существенным аспектом, влияющим на результаты прямого микроскопического исследования, являются навыки, знания врача-лаборанта, а также качество красителя. Во-вторых, серологические тесты, основанные на методах иммунохимического анализа (ИФА, ELISA, иммуноблоттинг в варианте вестерн-блотт). В Евразии в клинической лабораторной диагностике используют тест-системы на основе антигенов ЛЗ Старого Света, что, возможно, могло привести к ложноотрицательному результату в нашем случае. Указанное обстоятельство также могло повлиять на результаты исследования крови методом ПЦР, когда в праймерах использовались нуклеотидные последовательности *Leishmania* spp. Старого Света. При этом, по нашему мнению, более рациональным было бы провести анализ костномозгового биоптата на ДНК лейшманий методом ПЦР. Важным аргументом в пользу ЛЗ как возможной причины ЛНП является эффективная терапия липосомальным амфотерицином В. Вместе с тем показанием к назначению липосомального амфотерицина В также являются пациенты с нейтропенией и криптогенной (предполагаемой!) грибковой инфекцией [11]. Надо отметить, что в рассматриваемом клиническом случае девочка имела признаки снижения числа нейтрофилов, и эскалация антибактериальной химиотерапии без антимикотических препаратов резерва не привела к улучшению состояния здоровья ребенка.

Таким образом, при наличии ЛНП обследование на ЛЗ является рациональным, особенно для паци-

ентов, посещавших субтропические или тропические регионы. Представленный клинический пример следует рассматривать как вероятный случай ВЛЗ Нового Света исходя из эпидемиологического анамнеза, длительной лихорадки с явлениями гепатоспленомегалии, анемии, гепатита и эффективности антипаразитарной химиотерапии липосомальным амфотерицином В.

Практические рекомендации

1. Диагноз ЛНП, особенно у лиц, посещавших суб- и тропические регионы, является предиктором для обследования не только на малярию, но и на иные трансмиссивные инфекции, в частности на ЛЗ.
2. Возможность профессиональной актуальной коммуникации с коллегами из Азии, Африки и Латинской Америки является важным аспектом рациональной диагностики и терапии тропических и эндемических инфекций.
3. Учитывая перспективы развития Украины, рационально создать специальную национальную систему по контролю и терапии тропических и эндемических инфекций.

Список литературы

1. Доклад № 949 «Борьба с лейшманиозом», 22–26 марта 2010 г. — К.: Комитет экспертов ВОЗ, 2010. — 243 с.
2. Колодий М.А. Лейшманиоз в Харьковской области / Колодий М.А. // Природно-очаговые инфекции: материалы Всеукраинской научно-практической конференции инфекционистов. — Ужгород, 2012. — С. 47–49.
3. Найдина Т.К. Нормальные возрастные размеры желчного пузыря, печени и поджелудочной железы у детей по данным эхографии / Найдина Т.К., Дворяковский И.В., Сугак А.Б. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2001. — № 4. — С. 57–59.
4. Приказ МЗ Украины № 626 «Клинический протокол оказания медицинской помощи больным с лихорадкой неизвестного происхождения» (действителен от 08.10.2007). — 5 с.
5. Пыков М.И. Детская ультразвуковая диагностика / М.И. Пыков, К.В. Ватолин. — М.: Видар, 2001. — 680 с.
6. Чемич Н.Д. Лейшманиоз: современные аспекты / Чемич Н.Д., Ильина Н.И., Захлебаева В.В., Шолохова С.Е. // Клиническая инфектология и паразитология. — 2013. — № 2(05). — С. 105–113.
7. Эпидемиология и статистика как инструменты доказательной медицины: [Пособие для студентов медицинских вузов, интернов, аспирантов, клинических ординаторов, врачей, менеджеров и организаторов здравоохранения] / Е.А. Корнышева, Д.Ю. Платонов, А.А. Родионов, А.Е. Шабашов. — 2-е изд. — Тверь, 2009. — 80 с.
8. AmBisome (amphotericin B) liposome for injection [Электронный ресурс]: база данных Astellas. — 2012. — P. 27. — Режим доступа к материалу: <http://www.astellas.us/docs/ambisome.pdf>.
9. Guidelines for the treatment of malaria / Third edition [WHO Library Cataloguing-in-Publication]. — Switzerland, 2015. — 266 p.
10. Sadiq M. Al-Hamash Mustansiriya Study of visceral leishmaniasis (kala-azar) in children of Iraq / Sadiq M. Al-Hamash Mustansiriya // Medical Journal. — 2012. — № 11(2). — P. 15–19.
11. Saravolatz L.D., Bern C., Adler-Moore J., Berenguer J., Boelaert M., Boer M., Davidson R.N., Figueras C., Gradoni L., Kafetzis D.A. et al. Liposomal Amphotericin B for the Treatment of Visceral Leishmaniasis / Saravolatz L.D. // Clinical Infectious Diseases. — 2006. — № 43(1). — P. 917–924.
12. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. — World Health Organization, United Nations Children's Fund, 2009. — 11 p.

Получено 15.01.16 ■

Маврутенков В.В.¹, Жукова Н.В.²

¹Кафедра інфекційних хвороб ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

²КУ «Міська клінічна лікарня ім. Є.Г. Попкової № 21» ДОР», м. Дніпропетровськ, Україна

ІМОВІРНИЙ ВИПАДОК ВІСЦЕРАЛЬНОЇ ФОРМИ ЗАВЕЗЕНОГО ЛЕЙШМАНІОЗУ НОВОГО СВІТУ ЯК ПРИЧИНА ЛИХОМАНКИ НЕЯСНОГО ПОХОДЖЕННЯ У ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ

Резюме. Мета роботи: розглянути клінічний випадок ендемічної інфекції — вісцеральної форми лейшманіозу Нового Світу як можливої причини лихоманки невідомого походження у дитини раннього віку. **Матеріали і методи.** Дана стаття містить опис ймовірного випадку вісцерального лейшманіозу Нового Світу у дитини раннього віку, діагностованого *ex juvantibus* і з урахуванням перебування в ендемічній зоні (Бразилія). За згодою батьків дитини використані дані медичної документації (виписки з історій хвороби, результати аналізів та інструментальних досліджень) клінік України (м. Дніпропетровськ) і Туреччини (м. Стамбул). **Висновки.** Усі випадки лихоманки невідомого походження, особливо у хворих із вказівкою на попереднє перебування в суб- і тропічних регіонах, повинні бути своєчасно обстежені на *Leishmania* (кров, стернальний пунктат) мікроскопічним, серологічним і молекулярно-біологічними методами. Негативні результати аналізів не повинні виключати діагноз ендемічної інфекції, якщо не встановлено інші причини захворювання.

Ключові слова: лихоманка невідомого походження, діагностика, вісцеральний лейшманіоз Нового Світу, діти раннього віку.

Mavrutenkov V.V.¹, Zhukova N.V.²

¹Department of Infectious Diseases, State Institution «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Healthcare of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

²Municipal Institution «Municipal Clinical Hospital named after Ye.H. Popkova № 21» of Dnipropetrovsk Regional Council», Dnipropetrovsk, Ukraine

POSSIBLE CASE OF VISCERAL FORM OF INTRODUCED NEW WORLD LEISHMANIASIS AS A CAUSE OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN A YOUNG CHILD

Summary. Objective: to present a clinical case of endemic infection — visceral form of New World leishmaniasis as a possible cause of fever of unknown origin in a young child. **Materials and Methods.** This article contains a description of a possible case of visceral New World leishmaniasis in a young child diagnosed *ex juvantibus* and considering staying in endemic area (Brazil). With the consent of the child's parents, we have used data from medical documentation (extracts from case histories, test results and instrumental studies) from the clinics of Ukraine (Dnipropetrovsk) and Turkey (Istanbul). **Conclusions.** All cases of fever of unknown origin, especially in patients with an indication of staying in the sub- and tropical regions, should be promptly examined for *Leishmania* (blood, sternal punctate) using microscopic, serological and molecular-biological methods. Negative test results should not preclude the diagnosis of endemic infection, if any other cause is not determined.

Key words: fever of unknown origin, diagnosis, visceral New World leishmaniasis, young children.