

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas

▲

▼

**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXV
KONFERENCIJA**

▲

▲

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
Prof. dr. Vaiva Hendrixson
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė
Dr. Diana Bužinskienė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
Doc. dr. Saulius Galgauskas
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas
Doc. dr. Valdemaras Jotautas
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė
Prof. dr. Marius Miglinas
Doc. dr. Birutė Zablockienė
Inga Kisielienė
Prof. dr. Violeta Kvedarienė
Dr. Žymantas Jagelavičius
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila
Doc. dr. Kristina Ryliškienė
Dr. Gunaras Terbetas
Prof. dr. Alvydas Navickas
Doc. dr. Rima Viliūnienė
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis
Doc. dr. Vytautas Tutkus
Dr. Danutė Povilėnaitė
Doc. dr. Sigita Burokienė
Dr. Agnė Abraitienė
Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė
Rafal Sinkevič
Gintarė Zarembaitė
Alicija Krasavceva
Karina Mickevičiūtė
Jogailė Gudaitė
Emilis Gegeckas
Auksė Ramaškevičiūtė
Tautvydas Petkus
Kristina Marcinkevičiūtė
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė
Rosita Reivytytė
Kamilė Čeponytė
Šarūnas Raudonis
Monika Rimdeikaitė
Inga Česnavičiūtė
Tadas Abartis
Rūta Bleifertaitė
Kristijonas Puteikis
Saulius Ročka
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė
Augustė Lapinskaitė
Emilis Šostak
Gratas Šepetyš
Gediminas Gumbis
Erika Ališauskienė
Indrė Urbaitė
Miglė Vilniškytė
Urtė Smailytė
Gabriela Šimkonytė
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

VISCERALINĖ LEIŠMANIOZĖ. KLINIKINIS ATVEJIS IR LITERATŪROS APŽVALGA

Darbo autorė. Augustė SENULYTĖ (V kursas).

Darbo vadovai. Jaun. asist. Ieva KUBILIŪTĖ, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Infekcinių ligų ir dermatovenerologijos klinika, VUL SK Infekcinių ligų centras, gyd. rez. Kristijonas BALČIŪNAS, VUL SK Infekcinių ligų centras.

Įvadas. Visceralinė leišmaniozė (VL) – sunki sisteminė *Leishmania* genties pirmuonių (*L. donovani* ir *L. infantum*) sukeliama liga, platinama *Phlebotominae* pošeimio uodų. Ši liga yra endeminė didelėje dalyje tropinių bei subtropinių klimato zonų ir Viduržemio jūros baseine. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, pasaulyje kasmet turėtų būti nustatoma nuo 50 000 iki 90 000 naujų VL atvejų, iš kurių tik apie 25-45 proc. pranešama PSO. Daugiausiai VL atvejų nustatoma Brazilijoje, rytų Afrikoje ir Indijoje. Manoma, kad negydant VL mirštamumas siekia apie 90-95 proc. Inkubacinis infekcijos periodas varijuoja nuo kelių savaičių iki keleto metų. Dauguma atvejų yra besimptomiai. Simptominė VL pasireiškia lėtai progresuojančiu bendru silpnumu, karščiavimu, svorio kritimu, splenomegalija su ar be hepatomegalijos. Be prastų socioekonominių sąlygų, kurios yra būdingos tam tikriems endeminiams regionams, leišmaniozės rizikos veiksniai yra nepakankama mityba, populiacijos mobilumas, o kaip pagrindinis veiksnys išskiriama imunosupresija. Endeminėse pietų Europos šalyse 5060 proc. visų VL atvejų nustatoma ŽIV sergantiems asmenims. Vis dėlto, literatūroje aprašomi pavieniai VL atvejai imunokompetentiniams asmenims, kurie neretai siejami su susilpnėjusiu ląsteliniu imunitetu. Šiame darbe pristatomas VL atvejis asmeniui, neturinčiam imunosupresijos.

Atvejo aprašymas. 36 m. lietuvis vyras skundėsi bendru silpnumu, pagausėjusiu prakaitavimu ir febriliu karščiavimu (iki 41°C) vakarais. Šie simptomai prasidėjo prieš 5 mėnesius, kai pacientas gyveno ir keliavo Ispanijoje, kur gydymo įstaigoje buvo nustatyta anemija ir leukopenija, skirtas gydymas prednizolonu. Gydymo fone simptomai išnyko, tačiau nutraukus gydymą vėl atsinaujino karščiavimas. Po 5 mėn. Lietuvoje pacientas buvo ambulatoriškai konsultuotas šeimos ir vidaus ligų gydytojų, hematologo, infektologo. Stebėtas petechinis bėrimas visame kūne, vaizdiniais tyrimais nustatyta splenomegalija su neaiškių ribų izoechogeniniais, vietomis susiliejančiais židiniaiis blužnyje. Diferencijuotos įvairios galimos susirgimo priežastys: atlikti tyrimai dėl įvairių infekcinių ligų, tiriant ir tropinių infekcinių ligų sukėlėjus (leišmaniozės, maliarijos, hemoraginių karštligių), autoantikūnų tyrimai, tačiau simptomų priežastis nebuvo nustatyta. Taip pat atlikta kaulų čiulpų ir odos biopsija su histologiniu ištyrimu. Belaukiant šių tyrimų rezultatų, pacientas pakartotinai febriliai sukarščiavo ir atvyko į Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Infekcinių ligų centro Priėmimo-skubios

pagalbos skyrių. Atlikus pradinį ištyrimą, įtariant nepatikslingą bakterinę infekciją (C reaktyvinis baltymas (CRB) 58,0 mg/L, prokalcitoninas 1,2 µg/L) pacientas hospitalizuotas į Vidaus ligų diagnostikos skyrių, kuriame pacientas buvo toliau tiriamas, empiriškai skiriamas intraveninis amoksiklavas. Antibakterinio gydymo fone kraujo uždegiminių rodikliai dinamikoje didėjo (CRB 58,0 → 105,3 mg/L → 172,5 mg/L), tris kartus keistas antibakterinis gydymas plečiant sukelėjų spektrą, tačiau teigiamos uždegiminių rodiklių dinamikos nepastebėta. ŽIV Ak/Ag Combo tyrimas buvo neigiamas, kitų imunodeficito požymių nenustatyta. Pacientui gydymo metu buvo pasireiškusi transfuzinio lygio anemija ir trombocitopenija. Gauti histologinių tyrimų atsakymai: odoje pataloginių pokyčių nerasta, o kaulų čiulpuose stebimi reaktyvūs pokyčiai – panhiperplazija. Dėl įtariamo limfoproliferacinio susirgimo blužnyje ir hemofagocitinės limfohistiocitozės atlikta pakartotinė kaulų čiulpų bei blužnies biopsija. Blužnies makrofaguose stebėti leišmaniozės sukelėjai. Diagnozavus VL, tolesniam gydymui pacientas buvo perkeltas į Infekcinių ligų skyrių. Pacientui 15 dienų buvo skirtas konvencinis amfotericinas B, tačiau dėl vaisto nefrotoksinio poveikio išsivystė ūminis inkstų pažeidimas. Taikant masyvią infuzoterapiją ir gydymą diuretikais dinamikoje kraujo ureminiai rodikliai sumažėjo. Specifinio gydymo fone pagerėjo paciento bendra savijauta, sumažėjo uždegiminiai rodikliai (CRB 12,7 mg/L), trombocitopenija išnyko, tačiau ženkli anemija išliko (Hgb 92 g/L). Pacientas buvo išrašytas ambulatoriniam stebėjimui. Dvi savaitės po gydymo pabaigos, kontrolinio vizito metu paciento savijauta buvo pagerėjusi, išliko netransfuzinio lygio anemija (Hgb 95 g/L), nežymi splenomegalija, buvusi hepatomegalija išnyko.

Išvados. Visceralinė leišmaniozė yra paplitusi tropinio ir subtropinio klimato zonose, Viduržemio jūros regione. Lietuvoje nustatomi tik pavieniai įvežtiniai šios ligos atvejai. Pristatomas atvejis yra išskirtinis, nes visceralinė leišmaniozė yra reta liga asmenims be imunosupresijos anamnezėje. Hemofagocitinė limfohistiocitozė – gyvybei pavojingas sindromas, itin retai išsivystantis ir imunokompetentiniams asmenims, sergantiems visceraline leišmanioze.

Raktažodžiai. Visceralinė leišmaniozė; hemofagocitinė limfohistiocitozė; imunokompetentinis pacientas.