

# ვისცერული ლეიშმანიოზი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

# ვისცერული ლეიშმანიოზი

## 1. დაავადების/ნოზოლოგიის მოკლე განმარტება

ვისცერული ლეიშმანიოზი ტრანსმისიული პროტოზოური დაავადებაა. მისთვის დამახასიათებელია უპირატესად ქრონიკული მიმდინარეობა, ტალღისებური ცხელება, სპლენოჰეპატომეგალია, პროგრესირებადი ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, კახექსია.

ვისცერული ლეიშმანიოზი მსოფლიოს 88 ქვეყანაში ენდემური დაავადებაა. იგი გავრცელებულია ტროპიკული და სუბტროპიკული კლიმატის ქვეყნებში, 40° ჩრდილოეთ ნახევარსფეროს და 15° სამხრეთ ნახევარსფეროს შორის, დედამიწის ყველა კონტინენტზე, გარდა ავსტრალიისა. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიოში ლეიშმანიოზით ინვაზირებულია 14 მილიონი ადამიანი. ყოველწლიურად ადგილი აქვს აღნიშნული დაავადების 2 მილიონ ახალ შემთხვევას, აქედან 500000 წარმოადგენს ვისცერულ ლეიშმანიოზს. დაავადების შემთხვევების 90% გვხვდება განვითარებად ქვეყნებში. ყოველწლიურად ლეიშმანიოზისგან მსოფლიოში იღუპება 40000-800000 ადამიანი.

საქართველოში აღნიშნული დაავადება გავრცელებულია ქვეყნის ტერიტორიის აღმოსავლეთ ნაწილში, ამჟამად, ძირითად კერად ითვლება ქ. თბილისი და მის აღმოსავლეთით მდებარე რაიონები. საქართველოში გავრცელებული ხმელთაშუა ზღვის ვისცერული ლეიშმანიოზი – ზოონოზია. მისი გამომწვევია *L. donovani infantum*-ი, გადამტანი *P. Kandelaki*. ადამიანის დაავადების ძირითად წყაროს წარმოადგენს ძაღლები. გადაცემის ძირითადი მექანიზმი არის ტრანსმისიური-ფლებოტომუსის გვარის დაინვაზირებული მოსკიტების კბენის შედეგად, თუმცა შესაძლებელია ჰემოტრანსფუზიის შედეგადაც. იშვიათ შემთხვევებში ინფექცია გადაეცემა დედიდან ნაყოფს, ასევე შესაძლებელია მოხდეს გადაცემა პარაზიტის კულტურაზე მუშაობისას, როცა უსაფრთხოების ზომები არ არის დაცული.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციის და კოდირების სისტემის მიხედვით (Disease classification and coding systems DIMDI-ICD-10WHO) ვისცერული ლეიშმანიოზი მიეკუთვნება პროტოზოულ დაავადებათა ჯგუფს. კოდი B55.

## 2. კრიტერიუმები

### ა) დამადასტურებელი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ვისცერულ ლეიშმანიოზზე საეჭვოდ ითვლება პაციენტი, თუ აღენიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური ნიშნები და ერთი ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმი.

#### კლინიკური ნიშნები:

- ცხელება 2 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობით;
- ან აქვს სპლენოჰეპატომეგალია;
- ან ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია;

- ან ავადმყოფი აივ-ინფიცირებულია.

**ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმი:**

- ცხოვრობს ლეიშმანიოზის ენდემურ კერაში;
- ბოლო თვეების ან კვირების მანძილზე იმყოფებოდა აღნიშნულ რეგიონში.

ვისცერული ლეიშმანიოზის დიაგნოზი დადასტურებულად ითვლება, თუ:

- ძვლის ტვინის, ელენთის, ღვიძლის, ლიმფური ჯირკვლის პუნქტატის მიკროსკოპირებით იდენტიფიცირდება ლეიშმანიები;
- პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის დადებითი შედეგი;
- ლეიშმანიების კულტივირება პუნქციით მიღებული მასალიდან;
- სეროლოგიური რეაქციების (ლატექს-აგლუტინაციის, კომპლიმენტის შებოჭვის, იმუნოფერმენტული ანალიზი) დადებითი შედეგები.

ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია:

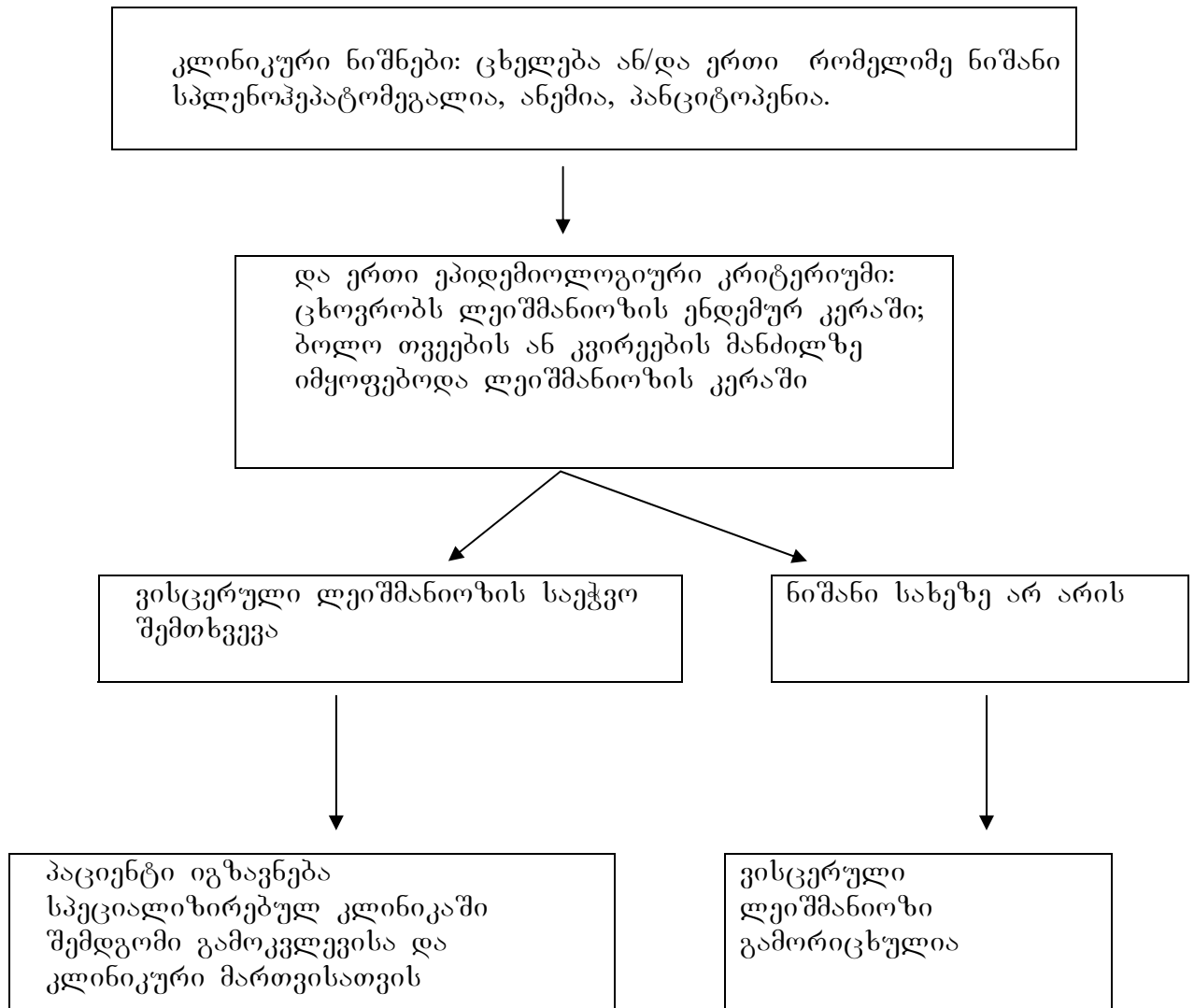
1. ცრუ დადებითი შედეგები შესაძლებელია ლეიშმანიოზის სხვადასხვა ფორმების, აგრეთვე ტრიპანოსომოზის, შისტოსომოზის, მალარიის, ტუბერკულოზის დროს;
2. ნამკურნალევ პაციენტებში დიდი ხნის განმავლობაში შესაძლებელია დადებითი რეაქციები;
3. ცრუ-უარყოფითი შედეგი (50 %) შესაძლებელია აივ-ინფიცირებულებში შიდსის ბოლო სტადიებზე.

**ბ) გამომრიცხავი**

ვისცერული ლეიშმანიოზის სავარაუდო შემთხვევა გამომრიცხულად ითვლება, თუ სახეზე არ არის კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური ნიშნების ზემოთ აღწერილი ერთობლიობა. შემდგომში დაავადების გამომრიცხვა ხდება ლაბორატორიული კვლევით.

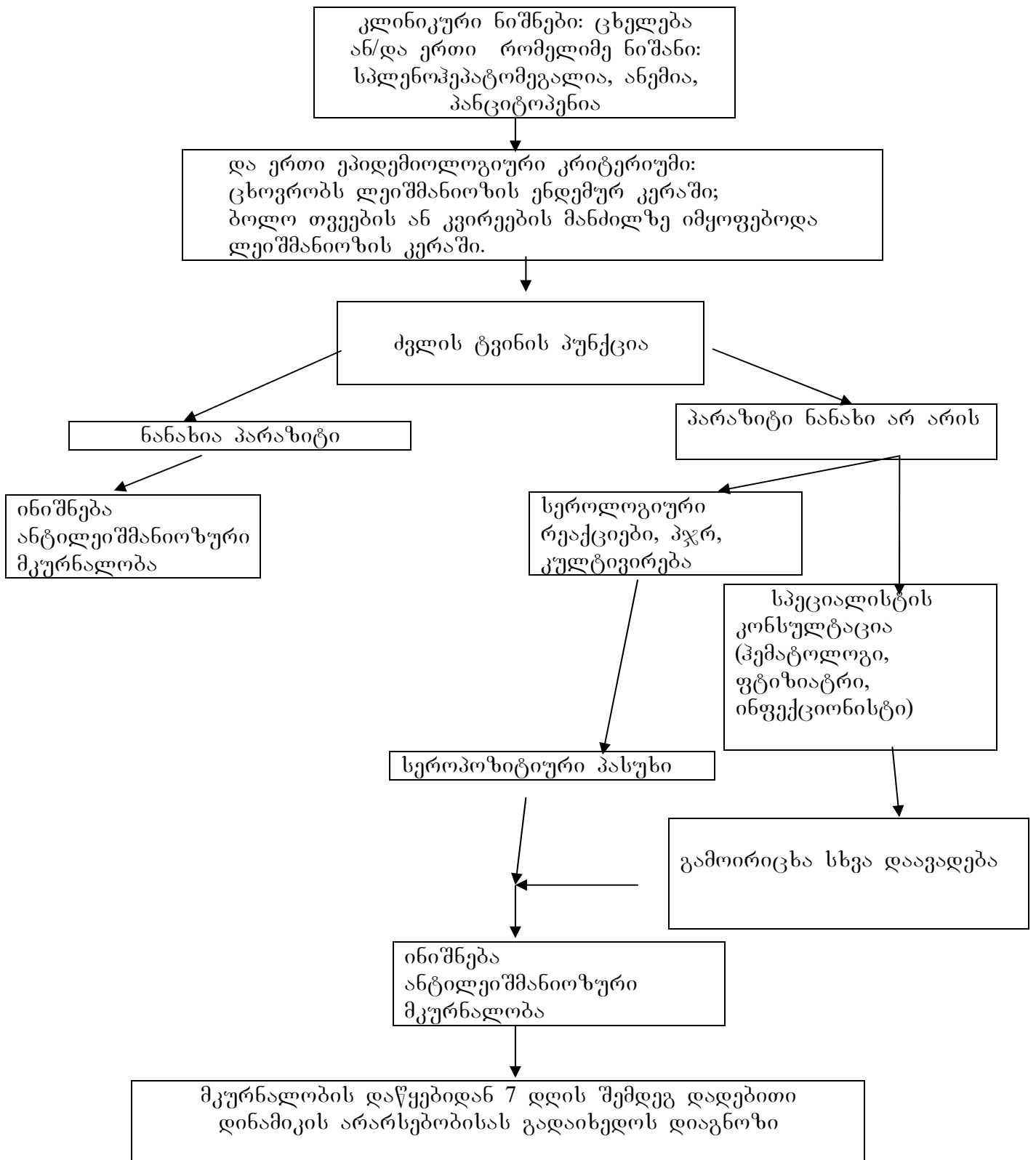
ვისცერული ლეიშმანიოზის დამადასტურებელი და გამომრიცხავი კრიტერიუმები  
(ალგორითმი)

სქემა პირველადი ჯანდაცვის რგოლისათვის



ვისცერული ლეიშმანიოზის დამადასტურებელი და გამომრიცხავი კრიტერიუმები  
(ალგორითმი)

სქემა სპეციალიზირებული კლინიკისათვის



### 3. სიმპტომები და ნიშნები

ვისცერული ლეიშმანიოზის ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 20 დღიდან 10 თვემდე და უფრო დიდხანს., საშუალოდ 5-6 თვე. ხმელთაშუა ზღვის ვისცერული ლეიშმანიოზის მიმდინარეობაში არჩევენ მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებს.

მწვავე ფორმა – გვხვდება ძირითადად მცირეწლოვან ბავშვებში. მიმდინარეობს მიმედ და ხასიათდება მაღალი ლეტალობით.

ქვემწვავე ფორმა – მიმდინარეობს საშუალო სიმძიმით, გრძელდება 5-6 თვე, სიმპტომატიკის თანდათან დამძიმებით და ხშირი გართულებებით.

ქრონიკული ფორმა – გვხვდება ყველაზე ხშირად, ახასიათებს შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა ხანგრძლივი რემისიებით. გავრცელებულია ძირითადად უფროსი ასაკის ბავშვებში და მოზრდილებში.

დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ სამ პერიოდს: დასაწყისს, კლინიკური სურათის გამოხატვის და ტერმინალურს.

დასაწყისს პერიოდში გამოხატულია საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, აღინამია.

კლინიკური სურათის გამოხატვის პერიოდში წამყვანი კლინიკური სიმპტომია ცხელება, რომელიც ატარებს ტალღისებურ ხასიათს, სიცხიანი პერიოდების და რემისიების მონაცვლეობით. ცხელება მერყეობს რამდენიმე დღიდან რამდენიმე თვემდე, ასევე ვარიაბილურია რემისიების ხანგრძლივობაც. ტემპერატურას ახასიათებს მერყეობა დღე-ღამის განმავლობაში ე.წ. როჯერსის სანთლები. ძალიან იშვიათად მოზრდილ ადამიანებში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ლეიშმანიოზის უსიცხო მიმდინარეობას სპლენომეგალიის ფონზე.

ვისცერული ლეიშმანიოზის მუდმივ სიმპტომს წარმოადგენს სპლენოჰეპატომეგალია. ელენტას უკავია მუცლის ღრუს დიდი ნაწილი, ღვიძლი შედარებით ნაკლებად დიდდება. პალპაციით ორივე ორგანო მკვრივი და უმტკივნეულოა. ზოგიერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს პერიფერიული, მეზენტერული, პერიბრონქული და სხვა ჯგუფის ლიმფური კვანძების ლიმფადენიტს.

ტერმინალურ სტადიაში, შორსწასულ შემთხვევაში და არანამკურნალევი პაციენტებში, ზოგადი მდგომარეობა მძიმდება, ვითარდება კახექსია, ამ დროს ავადმყოფს აქვს სპეციფიური გარეგნული სახე: წვრილი კიდურები და დიდი მუცელი, რომელზეც კარგად ჩანს ვენური ქსელი (ბაყაყის შესახედლობა), ავადმყოფები ღებულობენ მიწის ფერს, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნუშურების და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ნეკროზს, ხშირია ჰემორაგიული სინდრომი: სისხლჩაქცევები კანზე, ინექციის ადგილებზე, სისხლდენას ცხვირიდან, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან. მდგომარეობის დამძიმებასთან ერთად ვითარდება მეორადი პიპერსპლენიზმი, პორტული ჰიპერტენზია, ასციტი, შეშუპება.

მნიშვნელოვანია ლაბორატორიული მონაცემები. ჰემოგრამაზე ადგილი აქვს: ერითროციტების და ჰემოგლობინის დონის დაქვეითებას 40–50 გ/ლ-მდე, ანიზოციტოზი, პოიკილოციტოზი, ლეიკოპენია, ნეიტროპენია, შედარებითი ლიმფოციტოზის ფონზე. თრომბოპენია, მუდმივი ნიშანია ანეოზინოფილია და ედსის მკვეთრი აჩქარება 90მმ-მდე/სთ-ში, გარდა ზემოთაღნიშნულისა ადგილი აქვს ღვიძლის ენზიმების დონის მომატებას, ჰიპერბილირუბინემიას, ჰიპოპროტინემიას, ძირითადად ალბუმინების ხარჯზე.

ვისცერული ლეიშმანიოზის გართულებები ძირითადად გამოწვეულია გრანულოციტოპენიით და აგრანულოციტოზით. ყველაზე ხშირი გართულებებია: ბრონქიტები, ბრონქოპნევმონიები, ოტიტი, ტონზილიტი, პირის ღრუს ლორწოვანის ანთება, წყლულოვანი და აფთოზური სტომატიტი, ნაწლავური ინფექციები, იშვიათად ნეკროზული გინგივიტი და ნომა. თრომბოციტოპენიის გამო ხშირია ჰემორაგიული სინდრომი: სისხლჩაქცევები კანზე, სისხლდენები ცხვირიდან, ინექციის ადგილებიდან, შინაგანი ორგანოებიდან. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას მეორადი ჰიპერსპლენიზმის გამო ვითარდება პორტული ჰიპერტენზია და ასციტი.

ვისცერული ლეიშმანიოზის დროს ელენთის გასკდომა მეტად იშვიათი, მაგრამ მძიმე გართულებაა, რაც განპირობებულია კაფსულის, ტრაბეკულების და სისხლძარღვთა კედლის ლიმფოციტური ინფილტრაციით. ამ დროს კლინიკურად ვითარდება ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, კოლაფსი, ეცემა ჰემოგლობინის დონე, რაც წარმოადგენს სასწრაფო ოპერაციული ჩარევის ჩვენებას. მოსალოდნელი გართულების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ფიზიკური დატვირთვისგან თავის შეკავება.

ვისცერული ლეიშმანიოზის კიდევ ერთ გართულებას წარმოადგენს პოსტ-კალა-აზარ-დერმალური ლეიშმანიოზი. აღნიშნულ გართულებას იწვევს *L.donovani donovani* და წარმოადგენს ვისცერული ლეიშმანიოზის გვიან კანისმიერ გამოვლინებას. აღნიშნული გართულება არ გვხვდება ახალი სამყაროს ვისცერული ლეიშმანიოზის დროს. არსებობს ორი ფორმის სახით: ინდური და აფრიკული. აღნიშნული გართულება უვითარდებათ ინდოელი ავადმყოფების 6-20%-ს, კენიელი ავადმყოფების 2-5 %-ს, ხოლო სუდანში გვხვდება შემთხვევათა 50%-ში. ამ დროს ავადმყოფებს სახეზე და სხეულის სხვა ადგილებში უჩნდებათ დიდი რაოდენობით კვანძები, ერთთემატოზური ლაქები ან დეპიგმენტაციის უბნები. ამ ელემენტებში, როგორც წესი იმყოფებიან ლეიშმანიები და ხდება ინვაზიის გავრცელება მოსკიტების საშუალებით (ანთროპონოზური ლეიშმანიოზი).

#### 4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

##### ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი.

##### ბ) პირველ 24 საათში

- ექიმ-პარაზიტოლოგის კონსულტაცია;
- ძვლის ტვინის პუნქცია (აუცილებელია პუნქციის წინ განისაზღვროს თრომბოციტების რაოდენობა!);
- სეროლოგიური რეაქციები (იფა, პჯრ, ლატექს-აგლუტინაციის რეაქცია);  
(ძვლის ტვინის პუნქტატში ლეიშმანიების აღმოჩენისას სეროლოგიური რეაქციები არ კეთდება)
- პროთრომბინი;
- ტრანსამინაზები, ბილირუბინი და მისი ფრაქციები;
- საერთო ცილა და ფრაქციები;
- ფილტვების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- რენტგენოლოგის კონსულტაცია;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- შინაგანი ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- კრეატინინი, ელექტროლიტები.

##### გ) პირველ 3 დღეში

- ეკგ;
- კარდიოლოგის კონსულტაცია.



## 5. მკურნალობა

### 1. ალტერნატივა (მსუბუქი მიმდინარეობა)

- მეგლუმინის ანთიმონიატი
- პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი;
- რკინის პრეპარატი;
- ჰეპატოპროტექტორი;
- ციანკობალამინი;
- ასკორბინის მჟავა;
- კალციუმის პრეპარატი.

### 2. ალტერნატივა (საშუალო სიმძიმის, მძიმე მიმდინარეობა)

- მეგლუმინის ანთიმონიატი
- პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი;
- რკინის პრეპარატი;
- ჰეპატოპროტექტორი;
- ციანკობალამინი;
- კალციუმის პრეპარატი;
- გლუკოზა საინექციო ხსნარი აზოტონური;
- კალიუმის ქლორიდის ხსნარი;
- რინგერ-ლაქტატის ხსნარი;
- ასკორბინის მჟავა;
- ცეფტრიაქსონი;
- დექსამეტაზონი;
- ამბროქსოლი;
- ქლოროპირამინი;
- ეტამზილატი.

### 3. ალტერნატივა (მძიმე მიმდინარეობა)

- მეგლუმინის ანთიმონიატი
- პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი;
- რკინის პრეპარატი;
- ჰეპატოპროტექტორი;
- ციანკობალამინი;

- კალციუმის პრეპარატი;
- გლუკოზა საინექციო ხსნარი აზოტონური;
- კალიუმის ქლორიდის ხსნარი;
- რინგერ-ლაქტატის ხსნარი;
- ასკორბინის მუავა;
- ცეფტრიაქსონი;
- დექსამეტაზონი;
- ალბუმინის 10% ხსნარი;
- ამბროქსოლი;
- ქლოროპირამინი;
- ეტამზილატი;
- თანამოსახელე ჯგუფის და რეზუსის სისხლი. ერიტროციტული მასა, თრომბოციტული მასა, კრიოპლაზმა.

#### 4. განსაკუთრებული შემთხვევა (რეციდივი)

- პენტამიდინი, ლიპოსომალური ამფოტერიცინი;
- რკინის პრეპარატი;
- ჰეპატოპროტექტორი;
- ციანკობალამინი;
- კალციუმის პრეპარატი;
- გლუკოზა საინექციო ხსნარი აზოტონური;
- კალიუმის ქლორიდის ხსნარი;
- რინგერ-ლაქტატის ხსნარი;
- ასკორბინის მუავა;
- ცეფტრიაქსონი;
- დექსამეტაზონი;
- ალბუმინის 10% ხსნარი;
- ეტამზილატი;
- თანამოსახელე ჯგუფის და რეზუსის სისხლი, ერიტროციტული მასა, თრომბოციტული მასა, კრიოპლაზმა.

## 6. რეაბილიტაცია და ღაკვირვება

პაციენტის მდგომარეობის კონტროლი ხორციელდება მკურნალობიდან 1, 3, 6 და 12 თვის შემდეგ. მცირედი სპლენომეგალია შეიძლება დარჩეს კიდევ რამდენიმე თვის განმავლობაში. რეციდივების უდიდესი ნაწილი ვითარდება პირველი 6 თვის განმავლობაში (<5% იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში და >80% შიდსიან ავადმყოფებში) რეციდივის შემთხვევაში, სხეულის მასა, ელენთის ზომები, სისხლის ანალიზი წარმოადგენს მგრძობიარე პარამეტრებს.

წარმატებული თერაპიის შემთხვევაში ძვლის ტვინის პუნქტატში პარაზიტი არ იდენტიფიცირდება. შეწყვეტილი თერაპიის შემთხვევაში (მაგ: პრეპარატის აუტანლობისას), კლინიკური სურათის არასაკმარისად გაუმჯობესებისას ან რეციდივზე ეჭვისას უნდა მოხდეს ძვლის ტვინის განმეორებითი ასპირაცია.

მონიტორინგის სამიზნეები:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (ტრანსამინაზები, ბილირუბინი და მისი ფრაქციები, გლუკოზა შრატში, შარდოვანა, კრეატინინი, საერთო ცილა და მისი ფრაქციები);
- ეკბ;
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- მუცლის ღრუს ექოლოგიური გამოკვლევა.

## 7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – „ვისცერული ლეიშმანიოზი“.

## 8. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

ექიმი-პარაზიტოლოგი, ექთანი, ლაბორანტი, ბიოქიმიური ლაბორატორია, რენტგენის კაბინეტი. რენტგენოლოგი, კარდიოლოგი, სეროლოგიური ლაბორატორია, ექოსკოპია, ექიმი-რადიოლოგი, ძვლის ტვინის პუნქციის წარმოებისთვის ნემსი (კასირსკის), ლიდოკაინის 2% ხსნარი ანასთეზიისათვის, ბამბა, სპირტი, იოდი, ბინტი, ერთჯერადი მოხმარების სამედიცინო საგნები (შპრიცები, კონტეინერები, ხელთათმანი, ნიღაბი), პროტოკოლში მითითებული წამლები.

ვისცერული ლეიშმანიოზის დაგვიანებულ შემთხვევებში – სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების დროს – ავადმყოფი უნდა მოთავსდეს რეანიმაციულ განყოფილებაში.