

ՎԻՍԵՐԱԿԱՆ ԾԱՆՐ ԼԵՅՇՄԱՆԻՈՉ ԵՎ ՀԴՆՈՒԹՅՈՒՆ (ՎԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՊՅԵ)

Աբրահամյան Ռ.Ա.^{1,2}, Ղարոյան Գ.Կ.^{1,2}, Աբրահամյան Լ.Ռ.^{1,2}, Ավագյան Տ.Գ.³, Աբրահամյան Ա.Յ.^{1,2}

¹ ԵՊԲՀ մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոն

² Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ

³ ԵՊԲՀ, հյուսվածաբանության ամբիոն

Ստացված է՝ 29.02.2024, գրախոսված է՝ 20.03.2024, ընդունված է՝ 25.04.2024

Բանալի բառեր՝ վիսցերալ լեյշմանիոզ, հղիություն, հեպատոսպլենոմեգալիա, պանցիտոպենիա:

Վիսցերալ լեյշմանիոզը, որը հայտնի է նաև որպես սև տենդ կամ կալա-ազար, էնդեմիկ պարագիտային հիվանդություն է, որն առավելապես տարածված է արևադարձային, մերձարևադարձային շրջաններում և Միջերկրական ծովի ավազանում: Աշխարհում ընդերային լեյշմանիոզի տարածվածությունը գնահատվում է տարեկան մոտավորապես 200,000-400,000 նոր դեպք և մալարիայից հետո մակաբուծային հիվանդություններից մահացությամբ երկրորդ տեղում է: Ողջ աշխարհում տարեկան գրանցվում է 20,000-30,000 մահ [6, 10, 23]:

Լեյշմանիոզի ընդերային տեսակը սովորաբար հարուցվում է *Leishmania donovani*, *L. infantum* կամ *L. chagasi* տեսակներով, սակայն չի բացառվում այդ հարուցիչներով հիվանդության այլ տեսակների առաջացումը: Հիվանդությունը տարածող միջատները հիմնականում «ֆլեբոտոմուս» դասի մլակների տարբեր տեսակներն են: Հիվանդության ռիսկի գործոններն են աղքատությունը, թերնուցումը, անտառահատումը, սանիտարական անբավարար պայմանները և ուրբանիզացիան [1]:

Չնայած վիսցերալ լեյշմանիոզը հղիության ընթացքում հազվադեպ է, սակայն միջազգային մասնագիտական գրականության տվյալներով 1926-2020թթ. աշխարհում հաղորդվել է հղիության և վիսցերալ լեյշմանիոզի զուգակցման 72 դեպք [5]:

Հոդվածում ներկայացնում ենք հղի կնոջ ծանր վիսցերալ լեյշմանիոզի կլինիկական դեպք, որն ավարտվել է մոր և նորածնի լրիվ առողջացմամբ:

* ՆԱՄԱԿԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՅԵ

Ռ.Ա. Աբրահամյան

ԵՊԲՀ, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոն

Հասցե՝ ՀՀ, Երևան, 0025, Կոթողի 2

Էլ. փոստ՝ rirhpog@gmail.com

Հեռ.՝ (+374) 98 76 19 00

Կլինիկական դեպքը նկարագրելու և հրապարակելու համար ստացվել է ծննդկանի համաձայնությունը:

Դեպքի նկարագրությունը

Շիրակի մարզի գյուղական համայնքի բնակիչ 34 տարեկան հղին ուղեգրվել է ՎԱՊՍԳՀԻ հետևյալ ախտորոշմամբ. «հղիություն 34-35 շաբաթական, բարդացած մանկաբարձական անամնեզ, սուր ֆարինգիտ, հեպատոսպլենոմեգալիա»: Ընդունման ժամանակ հղին գանգատվել է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումից մինչև 38,5°C, ընդհանուր թուլությունից, ախորժակի բացակայությունից, գլխապտույտից, որովայնի ստորին հատվածի ցավերից: Նշում է, որ վերջին երկու շաբաթների ընթացքում ինքը և ընտանիքի անդամները տարել են սուր շնչառական վարակ, իր դեպքում ի հայտ է եկել նաև փորլուծություն՝ կանաչ գույնի սպեցիֆիկ հոտով: Անամնեզում նշում է չորս հղիություն, որից առաջինը՝ ինքնաբեր վիժում, երկրորդը՝ չգարգացող հղիություն, երրորդը՝ ժամկետային ծննդաբերություն, չորրորդը՝ առկա հղիությունն է:

Օբյեկտիվ քննությամբ ընդհանուր վիճակը գնահատվել է բավարար, մաշկը՝ մաքուր, գունատ, ստորին վերջույթների շրջանում առկա են այտուցներ, շնչառությունը քթով ազատ է, թոքերում աուսկուլտատիվ լսվում է կոշտացած շնչառություն: Սրտի աշխատանքը մաքուր է, տոները՝ պարզ, ռիթմիկ: Լեզուն չոր է, փառակալված: Որովայնը շոշափելիս մեծացած է, պնդացած: Լյարդը և փայծաղը հնարավոր չէ շոշափել արտահայտված ենթամաշկային ճարպաբջջանքի պատճառով (BMI 35,81 կգ/մ²): Միզարձակումն ազատ է, անցավ: Գոտկային բախման ախտանիշը բացասական է: Գիտակցությունը պարզ է, մենինգեալ և օջախային ախտանիշներ չկան: SpO₂ – 97%, 2/6 – 110/70 մմ/սս, Ps – 100 զարկ/1րոպե, տախիպնեոզ [5, 19]:

Ըստ կլինիկական ախտորոշման՝ նշանակվել է հղիությունը պահպանող, հակաբակտերիային,

սիմպտոմատիկ թերապիա և պտղի ՇԴՍ (շնչառական դիսթրես համախտանիշ) կանխարգելում:

Ստացիոնարում կատարվել են անհրաժեշտ բոլոր լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները:

Լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերվել է արտահայտված պանցիտոպենիա՝ RBC – $2,59 \times 10^6$ /uL, WBC – $1,71 \times 10^3$ /uL, PLT – 48×10^3 u/L, HGB – 63 g/l, HCT – 19,2%, հիպոպրոտեինեմիա՝ 17,6 գ/լ: Որովայնի խոռոչի ՈԲՁՅ-ով հայտնաբերվել է լյարդի և փայծաղի մեծացում, նրանց երկայնական տրամագծի մեծացում համապատասխանաբար 22,5 սմ և 18,5×7,5 սմ, փայծաղային երակի լայնացում 1,5 սմ: Արգանդի խոռոչում առկա է զարգացող հղիություն 35 շաբաթական, ս/զ հաճախականությունը 150 զարկ, պտղի ենթադրյալ քաշը 2600,0 գրամ, ամնիոտիկ հեղուկի ինդեքսը նորմայի սահմաններում է, պլացենտայի հաստությունը 4,3 սմ: Արգանդային, պորտալյարային, միջին ուղեղային զարկերակներում և երակային ծորանում արյան հոսքը գնահատվել է նորմալ:

Մեզի և կղանքի մանրէաբանական հետազոտությամբ ախտածին միկրոօրգանիզմներ չեն հայտնաբերվել: Կրծքավանդակի օրգանների ռենտգեն հետազոտությամբ հայտնաբերվել են աջակողմյան բրոնխոպնևմոնիայի օջախներ, թոքանկարի ուժգնացում: Հաշվի առնելով դինամիկայում հիվանդի լաբորատոր տվյալների վատթարացումը՝ կատարվել է COVID-19, Էպշտեյն-Բարի վիրուսի, լեպտոսպիրների, պարվովիրուսների ՊՇՌ հետազոտություններ. հակածիններ չեն հայտնաբերվել:

Կատարված բազմամասնագիտական խորհրդատվությունից հետո որոշվել է կատարել կրծոսկրի ոսկրածուծային պունկցիա, պունկտատի մորֆոլոգիական հետազոտությամբ հայտնաբերվել է ինտոքսիկացիային բնորոշ արտահայտված բջջային ինֆիլտրացիա:

Արյան՝ մակաբուծաբանական լաբորատորիայում կատարված իմունաբրոմատոգրաֆիկ՝ Leishmania IgG/IgM Rapid Test Cassete և իմունոֆերմետային՝ Leishmania infantum IgG ELISA հետազոտությունների արդյունքում ստացվել է դրական արդյունք: Հիվանդի դեպքում ախտորոշվել է վիսցերալ լեյշմանիոզ:

Համադրելով ստացված տվյալները՝ կատարվել է ծննդաբերության դրդում: Կինը ծննդաբերել է ծննդաբերական բնական ուղիներով: Ծնվել է կենդանի, արական սեռի 2960 գրամ քաշով, 50 սմ հասակով նորածին: Ըստ Ազգարի սանդղակի՝ գնահատվել 7-8 միավոր:

Վաղ նեոնատալ շրջանում նորածնի արյան հետազոտությամբ ևս Leishmania IgG/IgM Rapid Test Cassete, և իմունոֆերմետային՝ Leishmania infantum

IgG ELISA, հետազոտության արդյունքները եղել են դրական:

Հետծննդյան շրջանն ընթացել է առանց բարդությունների: Ծննդկանը տեղափոխվել է ինֆեկցիոն հիվանդությունների մասնագիտացված կենտրոն բուժում ստանալու նպատակով, ստացել է միջազգային և տեղական ուղեցույցներին համապատասխան թերապիա: Դուրս է գրվել լավացումով:

Դեպքի վերլուծությունը

Մակաբուծով վարակվածների մոտ 80%-ը կյանքի ընթացքում որևէ ախտանիշ չի ունենում: Հարուցիչը տասնյակ տարիներ կարող է մնալ օրգանիզմում մինչև այն պահը, երբ օրգանիզմում առաջանում են ֆիզիոլոգիական և ախտաբանական տեղաշարժեր, որով պայմանավորված՝ փոփոխվում է իմունային համակարգը, որն էլ հանգեցնում է վարակի ակտիվացմանը և ախտանշանների ի հայտ գալուն: Հետևաբար «լեյշմանիոզ» տերմինը վերաբերում է լեյշմանիա վարակի հետևանքով հիվանդանալու, այլ ոչ վարակվելուն [16, 26]:

Թեև մեր կողմից նկարագրված կլինիկական դեպքում հղին բնակավայրը չի փոփոխել և մշտապես բնակվել է ընտանիքի անդամների հետ, բայց լեյշմանիոզի կլինիկական դրսևորումներն ի հայտ են եկել միայն նրա դեպքում, որը և հաստատում է հղիության՝ որպես խթանիչ գործոն լինելու փաստը:

Հաստատված փաստ է, որ նորմալ հղիության դեպքում դիտվում են կնոջ իմունային պատասխանի փոփոխություններ՝ բջջային իմունիտետի նվազում և հումորալ իմունիտետի ակտիվացում: Բջջային իմունային մեխանիզմները ճնշելու դեպքում մեծանում է որոշ մակաբուծական վարակներով հիվանդանալու ռիսկը (օրինակ՝ լեյշմանիան, որի հանդեպ ձեռք է բերվում բջջային իմունային պատասխան): Այնուամենայնիվ, չնայած իմունաբանական ապացույցները ցույց են տալիս, որ հղիության ընթացքում վիսցերալ լեյշմանիոզի վտանգը կարող է ավելի մեծ լինել, սակայն կոնկրետ համաճարակաբանական տվյալներով չի հաստատվում այս վարկածը [20, 24]:

Հղիության ընթացքում կլինիկական դրսևորումները սովորաբար չեն տարբերվում ոչ հղիների դեպքում եղածներից [8]:

Ըստ ԱՀԿ-ի՝ վիսցերալ լեյշմանիոզի կլինիկական ախտորոշումը ներառում է անամնեզում երկշաբաթյա տենդը՝ բացառելով մալարիայի առկայությունը, ինչպես նաև սպլենոմեգալիան և կամ լիմֆադենոպաթիան: Հիվանդությունը կարող է դրսևորվել նաև ախորժակի բացակայությամբ, քաշի կորստով, հեպատոմե-

գայիայով, մաշկի մուգ գունավորմամբ, ինչպես նաև հիվանդության պրոգրեսիվող տեսակների դեպքում, հիպոպրոտեինեմիայով պայմանավորված, դիտվում են այտուցներ, ասցիտ, երկրորդային վարակի միացման նշաններ [22]:

Մեր դեպքում առկա էին գրեթե բոլոր վերը նշված կլինիկական ախտանիշները, խիստ արտահայտված էին ջերմության բարձրացման դրվագները, որը կարող էր պայմանավորված լինել նաև բրոնխոպնևմոնիայով, քանի որ հակաբակտերիային թերապիայի զուգակցմամբ դիտվել է ջերմության աստիճանական իջեցում:

Չնայած վերը նշված զանգատները համընդհանուր են բոլոր հիվանդների համար, սակայն հղիության հետ լեյշմանիոզի զուգակցման դեպքում առկա են որոշ առանձնահատկություններ: Այսպես՝ հղի կանանց շրջանում արյունաբանական տեղաշարժերը և հատկապես անեմիան ավելի արտահայտված է, և հաճախ է կարիք լինում կատարելու արյան փոխներարկում: Հղի արգանդի կողմից մեծացած օրգանների ճնշումը կարող է հանգեցնել դրանց պատռվածքների, իսկ հղիության ընթացքում փայծաղից ասպիրատի ստացումը (ախտորոշման ոսկե ստանդարտ) վտանգավոր է հղիության և պտղի համար: Բացի դրանից, հղիության ընթացքում կլինիկական դեպքի վարումը մշակելիս պետք է հաշվի առնել հիվանդության և բուժական միջամտությունների հետևանքները հղի կնոջ և պտղի վրա [9, 24, 25]:

Վիսցերալ լեյշմանիոզն ախտորոշելու համար սովորաբար հիմք են լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքում ստացված տվյալները: Արյունաբանական թեստերով սովորաբար հայտնաբերվում են անեմիան, լեյկոպենիան, հարաբերական լիմֆոցիտոզը և թրոմբոցիտոպենիան: Այս փոփոխությունները համեմատելով ֆիզիոլոգիական հղիության շրջանակներում սպասվող տեղաշարժերի հետ՝ սիներգիզմ է առկա սակավարյունության և թրոմբոցիտոպենիայի միջև, որոնք արդեն իսկ սպասված փոփոխություններ են նորմալ հղի կնոջ դեպքում: Այնուամենայնիվ, լեյշմանիոզին բնորոշ է լեյկոպենիան, իսկ հղիություն ժամանակ սովորաբար առկա է լեյկոցիտոզի միտում նեյտրոֆիլային գրանուլոցիտների ավելացման հաշվին՝ որպես փոխհատուցման մեխանիզմ:

Հիվանդությանը բնորոշ մեկ այլ լաբորատոր փոփոխություն է ալբումին-գլոբուլին հարաբերակցության մեծացումը, որը նորմալ հղիությանը բնորոշ չէ, քանի որ առկա է բջջային և հումորալ իմունիտետների փոփոխություն, ինչը չի արդարացնում գլոբուլինի արտադրության շատացումը [21]:

Հղիության ընթացքում հիվանդությունը պտղին փոխանցվելը հազվադեպ է, սակայն այն կարող է առաջանալ կամ տրանսպլացենտար ճանապարհով հղիության ընթացքում, կամ, ամենայն հավանականությամբ, ծննդաբերության ընթացքում մորից երեխային արյան փոխանակման միջոցով [4, 13]:

Նման ուղղահայաց փոխանցումը կարող է խիստ վնասակար լինել պտղի և նորածնի համար, անգամ հանգեցնել ներարգանդային և նորածնային մահվան [3, 16, 15]:

Մեր կլինիկական դեպքին հատուկ են պտղի նորմալ ներարգանդային տվյալները և առողջ նորածնի ծնունդը:

Թեև լեյշմանիոզի ուղղահայաց փոխանցումը լավ ուսումնասիրված և հաստատված է կենդանիների մոտ, մարդկանց դեպքում կատարված ուսումնասիրությունները քիչ են և ստացված են ծննդաբերությունից մի քանի ամիս հետո ստացված կլինիկական դրսևորումների դիտարկումներով [2]: Ներկայումս հաստատված ուղեցույցներ չկան այն մասին, թե ինչպես կարելի է բացառել ուղղահայաց փոխանցումը, և թե ինչպես կարելի է իրականացնել երեխաների ախտորոշիչ մշտադիտարկում այս ժամանակահատվածում: Որոշ փորձագետներ առաջարկում են կատարել պլացենտայի հիստոպաթոլոգիական ուսումնասիրություն՝ մակաբույծի առկայությունը դիտարկելու համար [7]: Այս հետազոտությունը մեր դեպքում չի արվել, սակայն մասնագիտական գրականության մեջ նկարագրված բնածին վիսցերալ լեյշմանիոզների մեծ մասում պլացենտայի փոփոխություններ սովորաբար չեն նկատվել [14]:

Բնածին վարակված երեխաների ճնշող մեծամասնության դեպքում ախտանշանները զարգանում են կյանքի առաջին 12 ամիսների ընթացքում [13]: Եթե երեխան ասիմպտոմատիկ է, ապա պետք է կատարվի շճաբանական հետազոտություն կյանքի առաջին տարում [7]: Այնուամենայնիվ, մասնագիտական գրականության մեջ առկա տվյալները նորածինների հսկողության մեջ շճաբանական հետազոտությունների ներդրման վերաբերյալ հակասական են կամ առնվազն հուսահատեցնող [12]: Մասնավորապես նկարագրվել են նորածիններ Էնդեմիկ տարածքներում, որոնք ունեցել են դրական շճաբանական մարկերներ, սակայն երբեք չեն ունեցել դասական հիվանդություն, մինչդեռ մյուսների դեպքում զարգացել է վիսցերալ լեյշմանիոզը, իսկ շճաբանական մարկերները բացասական էին:

Նորածինների շրջանում ոսկրածուծի ասպիրատը լեյշմանիոզի ախտորոշման ոսկե ստանդարտն է [8]: Այն դեպքերում, երբ ոսկրածուծի հետազոտությունը հնա-

րավոր չէ կամ բացասական է, դրական ՊՇՌ արդյունքը ծննդաբերությունից անմիջապես հետո կարող է ցույց տալ ասիմպտոմատիկ ուղղահայաց փոխանցման հնարավորությունը, սակայն այն շատ օգտակար չէ հետագայում, քանի որ չի կարող բացառել վեկտորի փոխանցման հնարավորությունը [3]:

Մեր կլինիկական դեպքում ՊՇՌ հետազոտությունը չի կատարվել, իսկ ոսկրածուծի հետազոտություն իրականացնելուց ծնողները հրաժարվել են: Նորածնի շճաբանական հետազոտությունը, այն է՝ լեյշմանիայի դեմ հակամարմինների հայտնաբերումը ELISA-ի միջոցով դրական է եղել: Սակայն նման դեպքերում պետք չէ բացառել հակամարմինների մայրական ծագումը:

Վիսցերալ լեյշմանիոզի վերջնական ախտորոշումն իրականացվում է ախտահարված օրգաններից (ոսկրածուծ, փայծաղ, ավշային հանգույցներ) ասեղային ասպիրացիայի կամ բիոպսիայի միջոցով ստացված հյուսվածքային նմուշներում մակաբույծների (ամաստիգոտների) հայտնաբերմամբ [18, 22]:

Մեր դեպքում ախտորոշումը հաստատվել է դրական իմունաբրոմատոգրաֆիկ շերտի ձևաչափի թեստում և դրական IgG-IgM հակամարմինների համադրությամբ ELISA-ի միջոցով:

Վիսցերալ լեյշմանիոզի ոչ սպեցիֆիկ, բազմաշերտ կլինիկական ախտանիշների առկայության դեպքում սովորաբար անհրաժեշտ է տարբերակել այն մի շարք այլ վարակիչ հիվանդություններից, ինչպիսիք են մալարիան, բրուցելոզը, որովայնային տիֆը, հիստոպլազմոզը, շիստոսոմոզը և այլն [8, 18]:

Բացի դրանից, ոսկրածուծի ճնշմամբ, սպլենոմեգալիայով և հեմոլիզով պայմանավորված խիստ արտահայտված արյունաբանական շեղումների պատճառով կարելի է կասկածել նաև լեյշմանիայի կամ լիմֆոմայի մասին [11, 18]:

Մեր կլինիկական դեպքի շրջանակներում կրծոսկրային պունկցիան և մի շարք այլ վարակիչ հիվանդությունների ախտորոշիչ մարկերների ստուգումը կատարվել է հենց տարբերակիչ ախտորոշման նպատակով:

Մասնագիտական գրականությունից և ուղեցույցներից ստացված տվյալներով արտահայտված վիսցերալ լեյշմանիոզի բուժումը իրամայական պահանջ է, քանի որ այն լեյշմանիոզի առավել ծանր տեսակն է. մահվան ելքը հաճախադեպ է: Հղի կանանց դեպքում բուժումը կարևորվում է նաև ուղղահայաց փոխանցման ռիսկը նվազեցնելու համար: Ներկայումս բուժման համար Liposomal Amphotericin-B-ն (L-AmB) ընտրության դեղամիջոց է՝ հիմնված բուժման արդյունավետության և անվտանգության վրա [17]:

Եզրակացություն

Չնայած վիսցերալ լեյշմանիոզը հազվադեպ է հղիության ընթացքում, սակայն այն միշտ պետք է դիտարկել կասկածելի ախտանիշներով հղիների դեպքում, հատկապես ատիպիկ կլինիկական պատկերի և ախտորոշիչ թեստերից ստացված կասկածելի արդյունքների դեպքում:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

- Barrett M.P., Croft S.L. Management of trypanosomiasis and leishmaniasis. *British Medical Bulletin*, 2012, 104: 175–96, PMC 3530408: PMID 23137768, doi: 10.1093/bmb/lds031
- Berger B.A., Bartlett A.H., Saravia N.G., Galindo Sevilla N. Pathophysiology of Leishmania infection during pregnancy. *Trends Parasitol.*, 2017, 33:935–46. doi: 10.1016/j.pt.2017.08.012
- Boelaert M., Sundar S. Leishmaniasis. In: Farrar J., Hotez P.J., Junghans T., Kang G., Lalloo D., White N.J. editors. *Manson's Trop. Dis.*, 23rd ed., Elsevier Health Sciences, 2013, pp. 631–51
- Carlier Y., Truyens C., Deloron P., Peyron F. Congenital parasitic infections: a review. *Acta Trop.*, 2012, February, 121(2):55–70. 10.1016/j.actatropica.2011.10.018
- Dahal Prabin et al. Visceral Leishmaniasis in pregnancy and vertical transmission: A systematic literature review on the therapeutic orphans. 2021 Aug 10. doi: 10.1371/journal.pntd.0009650
- Desjeux P. The increase of risk factors for leishmaniasis worldwide. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 95 (3): 239–43, PMID 11490989, doi: 10.1016/S0035-9203(01)90223-8
- Figueiró-Filho E.A., Beitune P., Queiroz G.T., Somensi R.S., Morais N.O., Dorval M.E. et al. Visceral leishmaniasis and pregnancy: analysis of cases reported in a central-western region of Brazil. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2008, July, 278(1):13–16. 10.1007/s00404-007-0532-0.
- Figueiró-Filho E.A., Duarte G., El-Beitune P., Quintana S.M., Maia T.L. Visceral leishmaniasis (Kala-Azar) and pregnancy. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*, 2004, 12(1):31–40
- Gamal K. Adam, Mohamed A. Abdulla, Ahmed A. Ahmed, Ishag Adam. Maternal and perinatal outcomes of visceral leishmaniasis (kala-azar) treated with sodium stibogluconate in eastern Sudan. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2009;107:208–10. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.08.002
- Hellenic Center for Disease Control and Prevention. January 2015, Available: <http://www.keelpno.gr/>
- Kager P.A., Rees P.H. Haematological investigations in visceral leishmaniasis. *Trop. Geogr. Med.*, 1986, December, 38(4):371–9
- Maciel D.B., Silva T.A., Gomes L.I., de Oliveira E., Tibúrcio M.G., de Oliveira R.F. et al. Infection with *Leishmania (Leishmania) infantum* of 0 to 18-Month-old children living in a visceral leishmaniasis-endemic area in Brazil. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 2014, August, 91(2):329–35. 10.4269/ajtmh.13-0418
- Meinecke C.K., Schottelius J., Oskam L., Fleischer B. Subclinically infected mothers can serve as a reservoir for congenital transmission of visceral leishmaniasis: first case report and review of the literature. *Acta Parasitol Turcica*, 1997, 21:155
- Mescouto-Borges M.R., Maués É., Costa D.L., Pranchevicius M.C., Romero G.A. Congenitally transmitted visceral leishmaniasis: report of two Brazilian human cases. *Braz. J. Infect. Dis.*, 2013, Mar-Apr, 17(2):263–6. 10.1016/j.

bjid.2012.10.017

15. Pagliano P., Ascione T., Di Flumeri G., Boccia G., De Caro F. Visceral leishmaniasis in immunocompromised: Diagnostic and therapeutic approach and evaluation of the recently released IDSA guidelines. *Infez. Med.*, 2016, 24:265-71
16. Pagliano P., Carannante N., Rossi M., Gramiccia M., Gradoni L., Faella F.S. et al. Visceral leishmaniasis in pregnancy: a case series and a systematic review of the literature. *J. Antimicrob. Chemother.*, 2005, 55(2):229-33
17. Papageorgiou T., Pana Z., Tragiannidis A., Tsotoulidou V., Pratsiou E., Tzouveleki G. et al. The first case of congenital leishmaniasis in a female infant in Greece. *J Paediatr. Child Health.*, 2010, October, 46(10):611-2
18. Pavli A., Maltezou H.C. Leishmaniasis, an emerging infection in travelers. *Int. J. Infect. Dis.*, 2010, December, 14(12):e10 32-9. 10.1016/j.ijid.2010.06.019
19. Pekelharing J.E., Gatluak F., Harrison T., Maldonado F., Siddiqui R., Ritmeijer K. Outcomes of visceral leishmaniasis in pregnancy: A retrospective cohort study from South Sudan. *PLoS Negl. Trop. Dis.*, 2020;14:e0007992. doi: 10.1371/journal.pntd.0007992
20. Ritmeijer K., ter Horst R., Chane S., Aderie E.M., Piening T., Collin S.M. et al. Limited effectiveness of high-dose liposomal amphotericin B (AmBisome) for treatment of visceral leishmaniasis in an Ethiopian population with high HIV prevalence. *Clin. Infect. Dis.*, 2011, December, 53(12):e152-8. 10.1093/cid/cir674
21. Souza A.I., Filho M.B., Ferreira L.O.C. Alterações hematológicas e gravidez. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, 2002, 24(1):29-36
22. Sundar S. Leishmaniasis In: Kasper D.L., Hauser S.L., Jameson J.L., Fauci A.S., Longo D.L., Loscalzo J. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19th ed, McGraw Hill, New York, 2015, pp. 1387-94
23. *WHO Fact sheet N 375*: World Health Organization
24. World Health Organization, Manual of visceral leishmaniasis. Geneva: WHO, 1996, Report No: WHO/Leish/96. 40
25. World Health Organization. Control of the leishmaniases: Report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases, Geneva, 22-26 March 2010. *World Heal. Organ. Tech. Rep. Ser.*, 949, 2010
26. World Health Organization, Leishmaniasis, 12 January 2023, [https:// www.who. int /news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis)

РЕЗЮМЕ

ТЯЖЕЛЫЙ ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Абрамян Р.А.^{1,2}, Гардян Г.К.^{1,2}, Абрамян Л.Р.^{1,2}, Авакян Т.Г.³, Абрамян С.О.^{1,2}

¹ ЕГМУ, Кафедра акушерства и гинекологии № 2

² Республиканский институт репродуктивного здоровья, перинатологии, акушерства и гинекологии

³ ЕГМУ, Кафедра гистологии

Ключевые слова: висцеральный лейшманиоз, беременность, гепатоспленомегалия, панцитопения.

В Армении, как и во всем мире, висцеральный лейшманиоз во время беременности встречается исключительно редко и заслуживает особого внимания, поскольку данных об особенностях течения данной инфекции во время беременности и реальной возможности вертикальной передачи

заболевания недостаточно. По данным международной литературы, висцеральный лейшманиоз в сочетании с беременностью имеет неблагоприятный прогноз.

Однако, описанный нами клинический случай течения тяжелого висцерального лейшманиоза в сочетании с беременностью, завершился полным выздоровлением матери и плода.

SUMMARY

SEVERE VISCERAL LEISHMANIASIS AND PREGNANCY (CLINICAL CASE)

Abrahamyan R.A.^{1,2}, Ghardyan G.K.^{1,2}, Abrahamyan L.R.^{1,2}, Avagyan T.G.³, Abrahamyan S.H.^{1,2}

¹ YSMU, Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

² Republican Institute of Reproductive Health, Perinatology, Obstetrics and Gynecology

³ YSMU, Department of Histology

Keywords: visceral leishmaniasis, pregnancy, hepatosplenomegaly, pancytopenia.

Visceral leishmaniasis during pregnancy is rare both worldwide and in Armenia, and it deserves special attention due to little information available about the features of this infection during gestation as well as the real possibility of vertical transmission of the disease. According to the data obtained from the

international literature, the prognosis of visceral leishmaniasis in combination with pregnancy is unfavorable.

We describe a clinical case of visceral leishmaniasis associated with pregnancy, which, despite its severe course, ended with complete recovery of the mother and the fetus.