

„NEVYSVETLITEĽNÉ HORÚČKY“ Z DOVOLENKY

MUDr. Dagmar Székelyová¹, MUDr. Jozef Lukáč, CSc.¹, MUDr. Oľga Mažárová², prof. MUDr. Ján Čáp, CSc.³

¹2. detská klinika Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou a LF UK, Bratislava

²Hematologické oddelenie DFNSP, Bratislava

³Klinika detskej onkológie DFNSP a LF UK, Bratislava

Pediatr. prax, 2006; 3: 150–151

13-mesačné eutrofické, veku primerane vyvinuté dievčatko bolo prijaté na kliniku pre mesiac trvajúce „nevysvetliteľné“ horúčky. Ochorenie sa podľa rodičov začalo na štvrtý deň ich dovolenkového pobytu v Egypte. Dieťa malo od tej doby každý deň výstup teploty do 38 °C bez iných zjavných príznakov. Teploty po podaní antipyretík vždy ustúpili, takže rodičia nepovažovali za potrebné dovolenku prerušiť. Denné horúčky pretrvávali aj po plánovanom návrate rodiny domov a dokonca stúpali až do 39 °C a dieťa bolo hospitalizované na detskom oddelení miestnej nemocnice. Vzhľadom na klinické a laboratórne nálezy svedčiace pre septický stav nejasej etiológie (zvýšená sedimentácia, CRP, leukocytóza), negatívny výsledok hemokultúry a najmä na neúspešnosť antibakteriálnej terapie (Zinacef, Gentamycin) bolo dieťa po 8 dňoch pobytu v nemocnici preložené na našu kliniku s diagnózou „Horúčka neznámeho pôvodu“.

Pri prijatí bola pacientka v kompenzovanom stave, kožné prejavy nemala. Nález na srdci a pľúcach bol fyziologický, zistila sa mierna hepatosplenomegália, otoskopické vyšetrenie vylúčilo zápal stredoušia. Napriek kombinovanej antibiotickej terapii (Tazocín, Amykacín) sa opakovali epizódy horúčok do 40 °C až dva razy denne. Teploty neboli sprevádzané alteráciou celkového klinického stavu pacientky a vždy ustúpili po podaní antipyretík. V krvnom obraze sa zistila prehlbujúca sa anémia (hemoglobín na 76 g/dl a 66 g/dl), trombocytopenia (93 000/ml) a pri normálnom počte leukocytov bol prítomný hyperkoagulačný stav. Hodnoty sedimentácie, CRP a IgG v sére boli zvýšené. Výsledky biochemického vyšetrenia séra (včítane bilirubínu, pečeňových transamináz, bielkoviny, albumínu, kreatinínu a mineralogramu) ako aj moču boli v medziach normálnych hodnôt.

Vzhľadom na anamnestický údaj o pobyte rodiny v Egypte ako aj na pretrvávajúce teploty bolo indikované sérologické vyšetrenie na možné exotické nákazy v danej oblasti, včítane leishmaniózy. Pozitívny sérologický nález (IHA 1:64, ELISA IgG leishmaniasis pozit.) a dôkaz amastigot leishmánie v punktáte kostnej drene potvrdil diagnózu leishmaniózy (obrázok 1). Hematologické vyšetrenie zároveň

vylúčilo aj možnosť leukémie a hemofagocytujúceho syndrómu, ktorý treba často diferencovať od viscerálnej formy leishmaniózy.

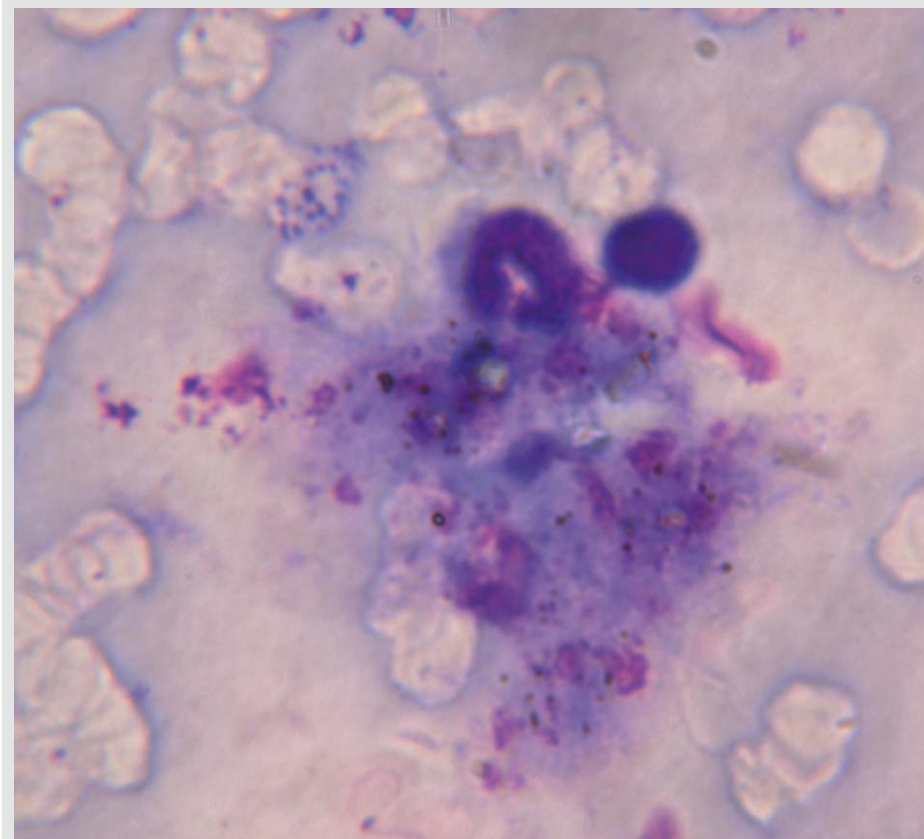
Pacientka bola 14 dní liečená lipozomálnym amfotericínom B. V prvý deň aplikácie lieku sa pozorovala hyperpyrexia s triaškou, ďalší priebeh terapie však už bol bez komplikácií. Na korekciu anémie sa podala transfúzia erytrocytov. Dieťa bolo po dvojtýždňovej špecifickej liečbe v dobrom stave s normálnymi laboratórnymi hodnotami prepustené do domácej starostlivosti. Kontrolné sérologické vyšetrenia na leishmánie boli 6 týždňov po prepustení už negatívne (IHA 1:32, ELISA IgG negat.). Dva mesiace po skončení liečenia už neboli prítomné amastigoty parazita v kontrolnom punktáte kostnej drene. Pacientka dobre prospieva, od prepustenia z kliniky je bez známkov ochorenia.

Protozoárna infekcia **Leishmaniáza** je endemická najmä v tropických a subtropických oblastiach, ale do našej republiky môže byť importovaná aj z krajín Južnej Európy, ako Chorvátsko, Taliansko, Francúzsko a iné. Jej pôvodcom sú bičikovce rodu **Leishmania**, ktorých rezervoárom v obývaných oblastiach je človek alebo psy, líšky a hlodavce. Vektorom nákazy je samička komára rodu *Phlebotomus* („sandfly“) – drobný, asi dvojmilimetrový dvojkrídlový hmyz niekoľkokrát menší ako bežné komáre. Podľa lokalizácie patologického procesu a klinického priebehu ochorenia sa rozlišuje:

1. viscerálna (kala azar, Dumdum fever),
2. kožná
3. mukokutánná (espundia) forma leishmaniázy.

Klinicky najzávažnejšou formou je **viscerálna forma** s variabilnou inkubačnou dobou od 10–21

Obrázok 1. Extracelulárne uložené a fagocytované amastigoty v kostnej dreni. Farbenie podľa Poppenheima, zväčšenie 100x.



dní do dvoch rokov. Nákaza sa prejavuje kolísavou horúčkou často sprevádzanou triaškou, postihnutím lymfohistiocytárneho systému (hepatosplenomegália, anémia, leukopénia, hypermaglobulinémia) a kachexiou. Pri kutánnej forme sa postihnutie lokalizuje iba na koži; na mieste vstupu sa vytvorí bezbolestný vred, ktorý sa spravidla zahojí a nevyžaduje žiadne ošetrovanie.

Diagnóza sa opiera o dôkaz špecifických protilátok v sére pacienta a o následne mikroskopické vyšetrenie punktátu sleziny alebo kostnej drene (obrázok 1). U imunosuprimovaných a imunodeficientných pacientov môže byť sérologické vyšetrenie negatívne, čo môže sťažiť diagnostiku. Neliečená viscerálna leishmaniáza je väčšinou letálna. Liekom voľby je lipozomálny amfotericín B pre jeho redukované nefrotoxicke vedľajšie účinky. V endemických oblastiach sa zvyknú podávať aj deriváty päťmocného antimónu (Pentostam, Glucantime), tieto však u nás nie sú dostupné.

Narastajúca intenzita cestovného ruchu a medzinárodnej turistiky je celkovo vítaný jav. Prináša však so sebou aj medicínske riziká, včítane možnosti importu nákazy, ktorá sa v našich podmienkach nevyskytuje vôbec alebo len zriedkavo. Hlavné lekári prvého kontaktu budú po návrate svojich pacientov z cudziny čoraz častejšie konfrontovaní s týmto problémom. Cestovateľská anamnéza má byť preto súčasťou rutínnej anamnézy pri každej horúčke

neznámeho pôvodu, ale aj pri iných atypických klinických príznakoch u vyšetreného dieťaťa. U dieťaťa s „nevysvetliteľnými“ horúčkami a pozitívnou cestovateľskou anamnézou sa má uvažovať aj o ďalších možných exotických nákazách – podľa cestovnej destinácie a podľa charakteru teplôt. S kontinuálnou horúčkou sa môžeme stretnúť pri brušnom týfuse (sprevádzanou relatívnou bradykardiou), alebo rickettsiáze. Rekurentné horúčky s teplotnými špičkami aj viackrát cez deň môžu sprevádzať včasné štádiá brušného týfusu, maláriu, TBC, horúčku Dengue, hepatitídu ako aj leishmaniózu. Rekurentnými horúčkami trvajúcimi niekoľko dní s niekoľkodennými pauzami sa vyznačuje borelióza alebo malária. Po poštípání komárom sa má uvažovať o možnosti horúčky Dengue, flebotomom na Leishmaniázu, kliešťom na boreliózu, tulerémiu, kliešťové týfy, tropickými ploščicami na Chagasovu chorobu a muchou tse-tse na africkú trypanozomózu.

Zvláštnosťou referovaného prípadu je zdanlivo krátka inkubačná doba ochorenia – podľa udania ro-

dičov sa iniciálne príznaky manifestovali už na 4. deň pobytu rodiny v Egypte! Po doplnení anamnézy sa však ukázalo, že najskôr ide o náhodnú časovú koincidenciu u cestovne aktívnej rodiny. K nákaze došlo s veľkou pravdepodobnosťou už o 8 mesiacov skôr, počas dovolenkového pobytu rodiny (s vtedy štvormesačným dieťaťom!) v južnom Taliansku, o ktorom nepovažovali za potrebné referovať pri prvom vyšetrení! Táto skutočnosť je dôležitá aj z hľadiska možnej prevencie vzniku podobných infekcií. Očkovanie proti Leishmanióze zatiaľ neexistuje! Všeobecná profylaxia má byť zameraná na boj proti hmyzu – prenášačovi a na osobnú ochranu pred bodnutiami hmyzu (nosenie vhodného oblečenia, používanie repelentov a sietí proti moskytom).

MUDr. Dagmar Székelyová

2. detská klinika Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou a LF UK, Limbova 1, 833 40 Bratislava
e-mail: szekelyova@dfnsp.sk

Literatúra

1. American Academy of Pediatrics. Summaries of infectious diseases. In: 2000 Red Book: Report of Committee of Infectious Disease 25 th ed. Elk Grove Village IL. 2000, s. 365–368.
2. Chalupa P, Vaništa J, Burget I, Starý J, Suková M, Nohýnková E. Přehled importovaných viscerálních leishmanióz v České republice. Bratisl. Lek. Listy, 2001, roč. 102, č. 2, s. 84–91.
3. Mihál V, Pospíšilová D, Suková M, Starý J. Pokrok v léčbě viscerální Leishmaniózy. Klin Farmakol Farm, 2005, roč. 19, s. 100–105.
4. Spira AM. Assessment of travellers who return home III. Lancet, 2003, roč. 361, č. 9367, s. 1559–69.

Vilém Danzig, Stanislav Šimek, Renata Šimková a kol. ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ U DIABETIKŮ Epidemiologie, rizikové faktory, specifika diagnostických a terapeutických postupů

Publikace shrnuje základní poznatky o epidemiologii, diagnostice a terapii ischemické choroby srdeční (ICHS) ve všech jejích formách u pacientů s diabetem mellitus. Důraz je kladen na odlišnosti klinického obrazu nemoci v této populaci a z ní vyplývající specifické léčebné postupy.

Důvodem pro zařazení této publikace do edičního plánu byl vzrůstající počet pacientů s diabetem v naší populaci a tím vlastně pacientů, kterým je třeba věnovat stejné léčebné úsilí jako nemocným s již rozvinutou ICHS. Kniha uceleně pojednává o tématu, se kterým se denně setkávají v praxi nejen diabetologové a kardiologové, ale i internisté, praktičtí lékaři a celá široká lékařská veřejnost. Česká monografie s danou tematikou na našem knižním trhu doposud chyběla.

Maxdorf, 2006, edice Jessenius, ISBN: 80-7345-079-8, s. 288.

Objednávajíte na www.maxdorf.cz

Maxdorf, s. r. o., Na Šejdru 247/6a, 142 00 Praha 4, tel.: 241 011 681–9, fax: 241 710 245, e-mail: info@maxdorf.cz

