

ժ. Գ. ՀԱԿՈՅԱՆ

ՍՈՒՐ ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԼԻՄՖՈՑԻՏՈՂԸ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Մանկարույծն իր առօրյա աշխատանքում կարող է հանդիպել մի հիվանդության, որի մասին շատ քիչ տեղեկություններ կան մանկաբուժական ձեռնարկներում: Մասամբ այդ բացատրվում է նրանով, որ այդ հիվանդությունը դեռ լրիվ չի ուսումնասիրված, մյուս կողմից, այն հետաքրքիր է իր «խայտաբղետ» կլինիկայով, և դրան ոչ լրիվ տեղյակ բժիշկը հեշտությամբ կարող է շեղվել ճիշտ ախտորոշումից: Մեր նպատակն է համառոտակի կանգ առնել սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզի էթիո-պաթոգենեզի, կլինիկայի և բուժման վրա, նկարագրելով մեր կողմից դիտված հիվանդության հետաքրքիր դեպք:

Սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը բարորակ ընթացող սուր վարակիչ հիվանդություն է, որի գլխավոր, իսկ հաճախ էլ միակ ախտանիշը ուժեղ արտահայտված լեյկոցիտոզն է ի հաշիվ լիմֆոցիտների:

Լեյկոցիտները գերազանցում են նորման 10—20 անգամ, նրանց թիվը պերիֆերիկ արյան մեջ հասնում է 20.000—100.000-ի և ավելի, իսկ լիմֆոցիտներին՝ 50—90%-ի [1, 5, 6, 8, 9, 10, 11]:

Սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը հայտնի է նաև Սմիթի հիվանդություն, բարորակ սուր հիպերլիմֆոցիտոզ, fobris limphoeitotica անուններով:

Այն հայտնի է վաղուց, սակայն ընթացել է որպես «լիմֆատիկ ռեակցիա», «ատիպիկ ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ», «հակվածություն դեպի լիմֆատիզմը» անվանումների տակ:

1941 թ. Սմիթը [32, 33] մինչև այդ նկարագրված «ատիպիկ» ձևերը դասակարգել է մեկ հիվանդության մեջ, անվանելով այն սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզ, որի հետևանքով ավելի հաճախակի են դարձել հիվանդության նկարագրության դեպքերը:

Հիվանդանում են հաճախ 2—6 տարեկան երեխաները, հազվադեպ այն հանդիպում է նաև այլ տարիքում [1, 5, 6, 8, 9, 10, 11], ինչպես նաև մեծահասակների մոտ [25, 27]:

Հիվանդության էթիոլոգիան պարզ չէ: Հիվանդության հարուցիչը, հավանական է, լիմֆոտրոպ վիրուսն է, որը սերոլոգիական (կոմպլեմենտի կապման) ռեակցիայով տարբերվում է գրիպի, էպիդեմիկ պարոտիտի, տարբեր էնցեֆալիտների վիրուսներից [13, 20, 31, 33]: Որոշ լաբորատոր կենդանիներ՝ ծովախոզուկներ, մկներ, ճագարներ, ընկալ են տվյալ հիվանդության հանդեպ և նրանց մոտ հաջողվել է ստանալ ճիշտ նույնպիսի կլինիկական պատկեր, ինչպես երեխաների մոտ [21, 27, 34]:

Պաթոգենեզը նույնպես լրիվ պարզ չէ: Հարուցիչը մուտք է գործում օրգա-

նիզմ, հավանական է, թիթ ըմպանից և աղեստամոքսային տրակտից: Անցնելով արյան մեջ, վիրուսը տեղակայվում է ռետիկուլոէնդոթելիային սիստեմում, մասնավորապես լիմֆատիկ հանգույցներում:

Սակայն պերիֆերիկ լիմֆատիկ հանգույցները հազվադեպ են մեծանում, հիվանդությանը ավելի բնորոշ է մեղադենիտը [8, 9], որով և բացատրվում է երբեմն նկատվող որովայնացավը (աբդոմինալգիա) [14] և հաճախ նկատվող լուծը [8]:

Որոշ հեղինակներ բարձր լիմֆոցիտոզը (հիպերլիմֆոցիտոզը) բացատրում են որովայնի խոռոչի լիմֆոդենոպատիայով: Մյուս կողմից, կորուսը [24] սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը համարում է յուրօրինակ կոնստիտուցիոնալ հեմոտոլոգիական ռեակցիա, որը ի հայտ է գալիս օրգանիզմի զանազան ինֆեկցիաներով ախտահարման ժամանակ:

Երբեմն նկատվող մենինգիտի և էնցեֆալիտի երևույթները բացատրվում են վիրուսի ներտարրպիզմով:

Վարակի աղբյուր է հանդիսանում հիվանդը. նա վարակիչ է հիվանդության սկզբում, բուռն զարգացման շրջանում և առողջացման սկզբի օրերին:

Սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը հանդիպում է ինչպես մեկական, այնպես էլ ոչ մեծ համաճարակների ձևով աշխարհի բոլոր երկրներում, տարբեր ուսսայի մարդկանց մոտ: Այն արձանագրված է ինչպես մեկ մոտ, այնպես էլ արտասահմանում: Հպավարակելիության գործակիցը, ըստ տարբեր հեղինակների տվյալների, տատանվում է 25—75% -ի սահմաններում [12, 17, 23, 27]: Հաճախ հանդիպում է դարնան և աշնան ամիսներին:

Պալարախտով, ռևմատիզմով, բուլբուլով, կարմրուկով և այլ ինֆեկցիաներով հիվանդացած երեխաները ավելի ընկալ են սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզի հանդեպ, քան առողջները:

Կլինիկան. ինչպես բոլոր վարակիչ հիվանդությունները, այնպես էլ սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը սկսվում է գաղտնի շրջանից հետո: Այն տևում է 2—3 շաբաթ, միջին հաշվով 11—18 օր [17, 33], այլ հեղինակների տվյալներով այն տևում է 5 օրից մինչև 4 շաբաթ [1, 5, 6, 8, 9, 10, 21, 27, 34]:

Հիվանդությունն սկսվում է սուր ձևով կամ աստիճանաբար, կատառալ երևույթներով, ջերմությամբ կամ առանց ջերմության: 12—24 ժամ հետո այն անցնում է իր բուռն զարգացման շրջանը, որը տևում է 3—7 օր: Մեծահասակների մոտ այս շրջանը կարող է տևել ավելի երկար, մինչև 3—4 շաբաթ [25]: Ջերմությունը բարձրանում է սովորաբար 38°—38,5°, երբեմն մինչև 40°, սակայն հաճախ այն լինում է սուբֆեբրիլ կամ նորմալ: Վերջին դեպքում հիվանդությունը ընթանում է մեծ մասամբ առանց կլինիկական երևույթների և հայտնաբերվում է պատահաբար՝ արյան քննության ժամանակ: Ջերմությունը տևում է 1—3 օր, այն կարող է տալ երկֆազ տատանում, որ հատուկ է նաև այլ վիրուսային հիվանդություններին:

Շատ հաճախ, ջերմությունն իջնելուց հետո հիվանդության կլինիկական երևույթներն անցնում են: Ինչպես նշվեց վերևում, սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզին ընդորոշ են բարձր լեյկոցիտոզը և լիմֆոցիտոզը:

Սովորաբար լիմֆոցիտոզը լինում է փոքր լիմֆոցիտների հաշվին, որոնք իրենց չափսերով մոտենում են էրիտրոցիտների մեծությանը [26]: Այլ հեղինակների տվյալներով լինում են փոքր և միջին լիմֆոցիտներ [9, 10]: Արյան քննությամբ չեն հայտնաբերվում լիմֆոբլաստներ, պրոլիմֆոցիտներ, որը հա-

տուկ է խրոնիկական լիմֆոցիդ լեյկոզին: Հնարավոր է շափավոր էոզինոֆիլիա, Ռոտկին Կումպրեխտի մեկական բջիջներ, մոնոցիտները լինում են նորմալի սահմաններում կամ առկա է թեթև մոնոցիտոզ: Կարմիր արյան կողմից սովորաբար փոփոխություններ չեն լինում, հազվադեպ հնարավոր է թեթև անեմիա: Տրոմբոցիտների քանակական փոփոխություն նույնպես հանդիպում է շատ հազվադեպ: Ոսկրածուծը ախտաբանական փոփոխությունների չի ենթարկվում: հնարավոր է լիմֆոցիտների ավելացում:

Լիմֆոցիտոզը պերիֆերիկ արյան մեջ պահպանվում է 4—6 շաբաթ. այն կարող է տևել նույնիսկ 3—5 ամիս [5, 6]:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ ոչ մեծ համաճարակաների ժամանակ օջախում հնարավոր են սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզի դեպքեր, որոնք կարող են ընթանալ միայն բարձր լիմֆոցիտոզով, առանց լեյկոցիտների թվի բարձրացման: Նման դեպքեր նկարագրել են Կեմոնը և Կառնպը [23], որոնք օջախում 17 տիպիկ դեպքերի հետ միասին նկարագրել են նաև 19 միայն բարձր լիմֆոցիտոզով ընթացող դեպքեր:

Ըստ Կասսիրսկու և Ալեքսեևի տվյալների, հիվանդությունը մի երեխայի մոտ ընթացել է որպես ապենդիցիտ, սակայն վիրահատությունից հետո որդանման ելնում ոչ մի փոփոխություն չի եղել, բացառությամբ կուլյր աղիքի շրջանի լիմֆատիկ գեղձերի մեծացման, որը նկատվել է որովայնահատման ժամանակ:

Դունկանը [18, 19] նկարագրել է սուր որովայն ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզի ժամանակ, ըստ Կասսա-Գոլերստի [16] տվյալների, հիվանդությունը մի երեխայի մոտ ընթացել է աչ զստափոսի ցավերով և լուծով, որը տևել է մեկ շաբաթ:

Ռուն [30] նկարագրում է մորը իր երկու երեխաներով, որոնց մոտ հիվանդությունը ընթացել է ջերմությամբ, աչ զստափոսի ցավերով, փսխումներով (պսևդոսպենդիցիտ): Նրանք հիվանդացել են միմյանցից 3 շաբաթ ընդմիջումներով:

Օպրիշը և ուրիշներ [28] նման դեպքեր նկարագրում են 5 երեխաների մոտ, որոնցից երեքը հիվանդության սկզբում տեղափոխված են եղել վիրաբուժական բաժանմունք:

Նկարագրված են դեպքեր երեխաների մոտ, երբ սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը ընթացել է սննդային թունավորման, դիզենտերիայի, 12-մատնյա աղիքի խոցի, որովայնային տիֆին նման կլինիկական երևույթներով [27, 28, 29, 30]:

Սկալետարը և ուրիշներ [31] նկարագրել են մի հիվանդի, որը ստացիոնար է բերվել կոմատոզ վիճակում. այն տևել է 3—4 ռոպե: Ըստ Վիդեմանի [36], հիվանդությունը ընթացել է ծանր, ձգձգվող էնցեֆալիտի երևույթներով, որը տևել է 6 շաբաթ: Նկարագրված է դեպք, երբ սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզի ժամանակ հայտնաբերվել են միայն լյամբլիաներ:

Հիվանդությունը կարող է ընթանալ նաև մաշկային երևույթներով (կարմրուկանման, քուժեղանման, կամ պոլիմորֆ ցան), ավշային գեղձերի թեթև մեծացումով և ցավոտությամբ, լյարդի ու փայծաղի թեթև մեծացումով (1—2 ամ, կողատակից), բերանաբորբով: Սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը երեխայի մոտ կարող է ընթանալ միայն ընդհանուր թուլությամբ, ընկճվածությամբ (աստենիկ ձև) և այլն:

Հնարավոր է հիվանդության կրկնում. նման դեպք հիվանդությունից 2 տարի հետո նկարագրվել է Կլեմալո-Բստտալոյի[22] կողմից:

Բուժումը հիմնականում սիմպտոմատիկ է: Մնունըը պետք է լինի վիտամիններով հարուստ, լիարժեք: Հիվանդության սուր շրջանում սպիտի քանակը պետք է սահմանափակել: Օգտագործում են ջերմն իջեցնող և հանգստացնող դեղորայք, երբեմն՝ հակաբիոտիկներ, հորմոնալ պրեպարատներ՝ ԱԿՏՀ, կորտիզոն:

Այժմ անցնենք մեր դեպքի նկարագրությանը:

Մի ընտանիքում երկու երեխաներից մեկի մոտ հիվանդությունը ընթացել է որպես սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզ (որը մանրամասն նկարագրվում է ստորև), իսկ երկրորդի մոտ, որը հիվանդացել է առաջինից 3 օր հետո՝ գրիպոզ մանր օջախային թորաբորբ, առանց պերիֆերիկ արյան մեջ լեյկոցիտների և լիմֆոցիտների բարձր տատանումների: Ինֆեկցիայի աղբյուր է եղել մայրը: Քանի որ առաջին երեխայի ստացիոնար ընդունման օրը նա բարձր ջերմությունը պառկած է եղել տանը (մոր մոտ արյան քննություն չի կատարվել):

Մանուկյան Հ., 3 տ. «Մալաթիա» կլինիկական հիվանդանոցն է ընդունվել 9/1—1969 թ. շտապ օգնության ուղեգրով, «վերին շնչուղիների կատառ» ախտորոշմամբ: Ընդունվելիս հայրը գանգատվել է երեխայի բարձր ջերմությունից, հազից, ցնցումներից: Հիվանդացման երկրորդ օրն է: Մնողների առաջին երեխան է, ֆիզիկական զարգացումը ընթացել է նորմալ: Կյանքի ընթացքում երկու անգամ ունեցել է բարձր ջերմությունը ընթացող ցնցումներ, 2 տարեկան 6 ամսական հասակում հիվանդացել է թունավոր լուծով:

Օբյեկտիվ քննությամբ երեխայի մոտ դիտվել է ջերմություն 38,5°, հազ, րթից շճային արտադրություն: Քմային նշիկները եղել են մեծացած: Թրքերում եղել է կոշտացած շնչառություն, լյարդը շոշափվել է միայն հիվանդության 6-րդ օրից սկսած, հզրով, փայծաղը չի շոշափվել: Այլ օրգան սխտեմների կողմից ամբողջ հիվանդության ընթացքում նորմալից շեղումներ չեն նկատվել: 10/1—69 թ. կատարվել է արյան ընդհանուր քննություն հետևյալ պատկերով. հեմոգլ.՝ 78%, էրիտրոցիտ.՝ 4300000%, լեյկոցիտ.՝ 72.500%, էրիտրոցիտ.՝ 1%, ցուպիկ.՝ 1%, սեզմ.՝ 12%, լիմֆոցիտ.՝ 83%, մոնոցիտ.՝ 3%, էնժ 3 մմ/ժամ:

13/1—1969 թ. լեյկոցիտների ընդհանուր թիվը պերիֆերիկ արյան մեջ պակասել է մինչև 31000. տրոմբոցիտների թիվը, արյան հոստունությունը, մակարդելիությունը, էրիտրցիտների օսմոտիկ կայունությունը եղել են նորմալ:

18/1—69 թ. արյան քննության պատկերը՝

Հեմոգլ.՝ 72%, էրիտրոցիտ.՝ 4300000%, լեյկոցիտ.՝ 12500%, ցուպիկ.՝ 2%, սեզմ. 10%, լիմֆոցիտ.՝ 87%, մոնոցիտ.՝ 1%, էնժ 3 մմ/ժամ:

Մեզի քննությունը.

10/1—1969 թ.—սպիտ.՝ 0,158%, հետագա քննությունները առանց պաթոլոգիայի:

Կղանքի մեջ եղել են ասկարիդի մեկական ձվիկներ:

Կլինիկական ախտորոշումը՝ սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզ (ոնսպիրատոր ձև): Ստացել է հետևյալ բուժումը՝ պենիցիլին-ստրեպտոմիցին՝ 7 օր, որից հետո տրվել է միայն տետրացիկլին նիստատինի հետ՝ ևս 3 օր: Հիվանդության ընթացքում երեխան ստացել է նաև վիտամիններ, կալցի քլոր: Զերմությունը

Մ. Հ.-ի մոտ տեղի է 5 օր, որի նորմալացումից հետո անցել են նաև կատառալ երևույթները և 18/1—1969 թ. կլինիկորեն առողջ երեխային տարել են տուն:

Մ. Հ.-ի (3 տ.) հսկողությունը շարունակվել է, և հիվանդությունը սկսվելուց երեք ամիս հետո, 8/4—1969 թ. պերիֆերիկ արյան մեջ լեյկոցիտները եղել են 8000, լիմֆոցիտները՝ 68%: Վերջինս մեծ դիտում ենք որպես հարաբերական լիմֆոցիտոզ, որը հանդիպում է զանազան հիվանդությունների առողջացման շրջանում և կարող է պահպանվել երկար ժամանակ:

Մեր օրինակներում հետաքրքիր է նախ այն, որ հիվանդությունը ընթացել է մի երեխայի մոտ որպես սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզ, իսկ մյուսի՝ 6 ամսանի մոտ, որպես գրիպոզ մանր օջախային թոքաբորբ: Մեր կարծիքով այստեղ մեծ է մակրոօրգանիզմի դերը:

Երկրորդ երեխան՝ Մանուկյան՝ Լ., 6 ամսական, ստացիոնար է ընդունվել 12/1—1969 թ.: Հիվանդությունը, ինչպես նշեցինք վերևում, ընթացել է միայն որպես գրիպոզ մանր օջախային թոքաբորբ (թեթև ձև), 3 օր ունեցել է բարձր ցերմություն, հակաբիոտիկներով կարճատև բուժումից լավացել է և նույնպես դուրս է գրվել 18/1—1969 թ.:

Հետաքրքիր է նաև Մ. Հ.-ի (3 տ.) մոտ պենիցիլին-ստրեպտոմիցինային բուժումից 72 ժ. հետո լեյկոցիտների թվի պակասելը 72.500-ից մինչև 31000:

Նման միայն մեկ դեպք շոք տարեկան երեխայի մոտ, այն էլ լեյկոցիտների թվի ավելի ցածր տատանումներով, նկարագրել է Տելլո-Օրտիցը [35] աուրեոմիցինով բուժելիս: Լեյկոցիտները այս դեպքում 41.000-ից պակասել են մինչև 14000, բուժումից 72 ժ. հետո:

Մեծահասակների մոտ նման դեպքեր նկարագրել է Մալհաթրան [25]: Հետաքրքիր է Մ. Հ.-ի մոտ նաև հիվանդության կարճատև գաղտնի շրջանը:

Մեր կարծիքով, երեխաների մոտ բարձր լեյկոցիտոզով ընթացող սուր ապենդիցիտի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է պարտադիր կերպով կատարել լեյկոֆորմուլայի քննություն՝ սուր ինֆեկցիոն լիմֆոցիտոզը ժխտելու համար:

«Մալաթրա» կլինիկական հիվանդանոց

Ստացված է 3/VII 1969 թ.

Ж. Г. АКОПЯН

ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЛИМФОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ

Резюме

Острый инфекционный лимфоцитоз—доброкачественно протекающее острое заразное заболевание, характерным признаком которого является сильное увеличение числа лейкоцитов (20.000—100.000 и больше) и лимфоцитов (50—97%) в периферической крови.

Часто болеют дети от 2 до 6 лет. Болезнь встречается также у взрослых как в единичной форме, так и небольшими эпидемическими вспышками.

По мнению некоторых авторов, имеется особый вирус болезни, другие авторы расценивают ее как гематологическую реакцию, которая является после заражения организма различными инфекциями [24]. Бо-

лезнь имеет пеструю клиническую картину, проявляется респираторной, абдоминальной, нервной, астенической, кожной формами.

Автором приводится описание случая заболевания двоих детей из одной семьи. У 3-летней девочки болезнь протекала как острый инфекционный лимфоцитоз и через 72 часа после лечения антибиотиками число лейкоцитов понизилось от 72000 до 31000. У другой 6 мес. сестры болезнь протекала как легкая форма гриппозной мелкоочаговой пневмонии. Она заболела через три дня после первой сестры. Источником болезни явилась мать. Необычным был также короткий инкубационный период болезни. По мнению автора статьи, при подозрении на аппендицит у детей, которое проходит с высоким лейкоцитозом, необходимо всегда исследовать и лейкоформулу для исключения острого инфекционного лимфоцитоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абезгауз А. И. Справочник педиатра. Л., 1961, стр. 144.
2. Алексеев Г. А. Справочник участкового врача, 1961, 110—111.
3. Гаваш А. Клин. мед. 1948, 8, 76.
4. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955.
5. Кошель И. В. Справочник педиатра. М., 1966, стр. 187.
6. Лавкович Вл. и др. Гематология детского возраста. Варшава, 1964, стр. 310—312.
7. Мухамедянова Г. С. Клиника и лечение лейкозов у детей. М., 1961, стр. 104.
8. Маринеску Г. Острый инфекционный лимфоцитоз и инфекционный мононуклеоз. Бухарест, 1961.
9. Тур А. Ф. Многотомное руководство по педиатрии, т. 10, М., 1965, стр. 323—325.
10. Тур А. Ф. Гематология детского возраста. М., 1963, стр. 210—212.
11. Фанкони Г. и др. Руководство по детским болезням. М., 1960, стр. 317.
12. Barnes B., Yarnet H. и др. Amer. Jour. med. Sci., 1949, 218, 646.
13. Bellof J., Gant K. J. Pediat. 1945, 29, 586.
14. Bernard J. Praxis. 1950, 39, 383.
15. Breuer R. Dtsch. Med. Wschr. 1949, 74, 21, 674.
16. Casman-Govaerts J. Acta clin. belg., 1954, 9/4, 347.
17. Chang an corp. Chin. Med. I, 1957, 75/11, 873.
18. Duncan P. New. Engl. J. Med. 1945, 233, 177.
19. Duncan P. Amer. J. Dis. Child. 1943, 66, 267.
20. Finucane D. и др. Amer. Jour. Dis. Child. 1944, 68, 301.
21. Havas A. Acta Med. Hung. 1951, 2, 21.
22. Klemola E., Isotalo S. Ann. Med. intern. Fenn. 1952, 41/1, 65.
23. Lemon B., Kaump D. J. Pediat. 1950, 36, 1, 61.
24. Lombos O. Gyermekgyogyaszat 1951, 2, 21.
25. Malhatra S. J. Laneet 1951, 6675/2, 202.
26. Meyer L. Amer. Clin. Pathol. 1946, 16, 244.
28. Minculescu M. и др. Stud. Cercet. Pediat. 1955, 2, 236.
28. Opris F. и др. Pediatria (Bucuresti) 1956, 4, 36.
29. Perabo F. Helv. Pediat. Acta 1949, 4, 170.
30. Roux M. Sem. Hsp. Paris, 1950, 26, 1750.
31. Scaletar H., Collab A. Amer. J. Dis. Child. 1954, 88/1, 15.
32. Smith C. Amer. J. Dis. Child. 1941, 62, 231.
33. Smith C. J. Amer. med. Ass., 1944, 125, 342.
34. Spirchez T. и др. Stud. Cercet. Hemat. 1952, 1, 69.
35. Tager M. и др. Ann. intern. Med. 1943, 18, 96.
36. Wiedemann H. Kinderarztl. Prax. 1954, 22/4, 160.