

یافته های بالینی و آزمایشگاهی و پاسخ به درمان، در بیماران مبتلا به لشمانیوز بستری در بخش اطفال بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد در فاصله سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶

*اکرم رضائیان^۱، مسعود ایروانی^۲، محمد رضا امیری^۳، صدیقه ریحانی^۴

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، ^۲ فوق تخصصی هماتولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران،

^۳ متخصص اطفال بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد، ^۴ کارشناس پرستاری

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۱۴ – تاریخ پذیرش: ۸۷/۷/۲۵

خلاصه

مقدمه: هدف از مطالعه حاضر تعیین شایعترین یافته های بالینی و آزمایشگاهی در بیماران مبتلا به لشمانیوز بستری در بخش اطفال بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد می باشد تا با در نظر گرفتن این یافته ها، تصمیم گیری در مورد تشخیص های افتراقی با وضوح بیشتری صورت گرفته و بتوان هزینه های مربوط به تأخیر در تشخیص، درمان و طول مدت بستری را کاهش داد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی است که به صورت گذشته نگر پرونده ۳۰ کودک که طی سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ با تشخیص لشمانیوز احشایی در بخش اطفال بیمارستان امام رضا (ع) بستری شده بودند استخراج گردید و شایعترین تظاهرات بالینی، یافته های آزمایشگاهی و نحوه پاسخ به درمان بررسی شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد و برای ارائه نتایج از آمار توصیفی ساده استفاده گردید.

نتایج: کاهش وزن، ضعف و بی حالی، تب، هپاتوسیلنومگالی و علایم عفونت های تنفسی (سرفه، تاکی، پنه، تب) شایعترین تظاهرات بالینی و کاهش همو گلوبین و هماتوکریت، کاهش شمارش گلbul های قرمز، کاهش شمارش پلاکت، لنفوسیتوز، لکوپنی، افزایش ESR و CRP شایعتری یافته های آزمایشگاهی بیماری بودند.

بحث و نتیجه گیری: یافته هایی چون لنفوسیتوز ESR، CRP مثبت، ریکولوسیتوز، وزندگی در روستاها یا حاشیه شهرها را می توان در برتری لشمانیوز بر سایر تشخیص های افتراقی به کار برد. با وجود درمان میزان مرگ و میر این بیماری بیش از میزان گزارش شده از سایر نقاط کشور می باشد که این نکته می تواند برای مسئولین بهداشتی حائز اهمیت باشد.

* بجنورد - دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

تلفن: ۰۹۱۵۹۷۸۹۷۶۷ email: Rezaiyan_saba@yahoo.com

ممکن شود(۵). کاله آزار در بسیاری از کشورهای آسیایی و خاور میانه آندمیک بوده و در بیشتر مناطق ایران بصورت اسپروردیک و در برخی مناطق استان های اردبیل، آذربایجان شرقی، بوشهر و فارس بصورت آندمیک دیده می شود(۶-۸). در ایران اولین بار در سال ۱۳۲۸ در پسرچه ای ۵ ساله بیماری گزارش شد(۹). طبق آمار موجود طی سالهای ۱۳۶۷ تا ۱۳۲۷ جمیعاً ۱۳۲۷ مورد لشمانیوز احشایی در کودکان ایران به ثبت رسیده است که از نوع مدیترانه ای و عامل آن لشمانیای اینفانتوم بوده است و کلأً نوع مدیترانه ای کاله آزار بیماری کودکان می باشد(۱۰-۱۱). براساس گزارش دیگر طی سالهای ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۴ حدود سه هزار مورد کاله آزار در ایران دیده شده است که در مقایسه این رقم با موارد ۴ دهه پیش گفته قبل، افزایش بیش از دو برابر نشان می دهد که حاکمی از روند افزایش موارد کشف شده بیماری در سالهای اخیر می باشد(۱۲ و ۱۱) در بسیاری از کشورها درمان دارویی و بستری بیماران مبتلا به لشمانیوز هزینه بسیاری را به خود اختصاص داده است(۱۳-۱۵).

دوره طولانی درمان با آنتیموان، و لزوم بستری در بیمارستان برای دریافت موثر درمان، پژوهشگران را بر آن داشته است تا رژیم درمانی دیگری را جایگزین آنتیموان نمایند. به گونه ای که در ایتالیا طی دو دهه اخیر میزان کاربرد آنتیموان از ۱۰۰٪ به ۲/۸٪ درآمده است. و میزان کاربرد آمفوتیریسین از ۰٪ به ۹۷/۲٪ تغییر یافته است. هر چند دوره درمان با این داروها به ۷ روز کاهش یافته است، اما از آنجا که خود دارو تا ۵ برابر گرانتر از آنتیموان می باشند، همچنان در هزینه های کل تفاوت چندانی وجود نخواهد داشت. کمترین هزینه درمانی با دوره درمانی ۱۰ روزه امولسیون چربی آمفوتیریسین B، به دست آمده است که معادل ۲۵۶ دلار برآورد شده است(۱۶). اقدامات پیشنهاد شده برای کنترل بیماری عبارتند از کنترل ناقل با استفاده از اسپری های حشره کش، تست های تشخیصی سریع برای شناسایی موارد فعلی بیماری و کاربرد داروهای جدید برای تسريع درمان. برای کنترل بیماری در سطح جهانی باید یک واکسن نیز در اختیار داشت اما هنوز واکسن موثری در دست نیست(۱۳). بیمارهای دیگری چون سل، بروسلوز، مalaria و لوکمی ها جزء تشخیص های افتراقی لشمانیوز می باشند. این مطالعه با هدف استخراج شایعترین یافته های بالینی

مقدمه

لشمانیوزها یک گروه متنوع از بیماریها هستند که توسط یک انگل پروتوzoآی داخل سلولی از گونه لشمانیا (leishmania) ایجاد و توسط پشه phelebotomine منتقل می شوند(۱). گزارش شده که انتقال بیماری با گلوبول قرمز فشرده نیز ممکن است(۲). در انسان این بیماری به حداقل ۴ شکل مختلف بالینی رخ می دهد: پوستی، پوستی-مخاطی، پوستی منتشر و لشمانیوز احشایی. لشمانیوز مخاطی و احشایی با عوارض و مرگ و میر قابل توجه همراه است(۳).

دوره نهفته در لشمانیوز احشایی بین ۲ تا ۸ ماه گزارش شده است، اما پیشرفت سریع طی یک ماه نیز در ۲۰٪ بیماران دیده شده است. تب، اسپلنوگالی، هپاتومگالی و کاشکسی از علایم شایع آن می باشد. در مراحل نهایی بیماری، ضعف شدید، همراه با سپتوپنی، خونریزی و عفونت های مکرر با تکریابی می تواند به مرگ بیمار منجر شود. در صورت فقدان درمان موثر این بیماری با مرگ و میر ۹۰٪ همراه خواهد بود(۱).

لشمانیوز در سراسر جهان پراکندگی دارد و در آسیا، کشورهای مدیترانه، آمریکای جنوبی و آفریقا با شیوع قابل توجهی همراه است(۴) تقریباً ۱۲ میلیون انسان در ۸۸ کشور با لشمانیوز آلوده هستند، اما میزان دقیق بار تحمیل شده از این بیماری ناشناخته است. سالانه ۲ میلیون مورد جدید از بیماری - ۱/۵ میلیون مورد لشمانیوز جلدی و ۵۰۰۰۰ مورد از لشمانیوز احشایی- گزارش می شود. اما مطالعه توزیع و پراکندگی بیماری فقط در ۳۲ کشور جامع و کامل بوده و میزان دقیق موارد هر گز ثبت نمی شود. لشمانیوز یک بیماری مرتبط با فقر است و قربانیان آن فقیرترین ها هستند. عوارض ناشی از بیماری بار اجتماعی بزرگی تحمیل کرده، و کارایی و تکامل اجتماعی-اقتصادی را محدود می کند. سوء تغذیه شناخته شده ترین ریسک فاکتور ابتلاء به این بیماری است. و ایدمی آن در شرایط فقر، مصائب اجتماعی و مهاجرت های دسته جمعی رخ می دهد. ۳۰ گونه از پشه خاکی می تواند باعث انتقال بیماری شوند. دارا بودن میزان حیوانی و انسانی باعث شده است تا کنترل میزان مشکل و ریشه کنی بیماری غیر

بیشترین میزان ابتلاء به بیماری در بهار و زمستان بوده که رو بهم رفته ۸۰٪ از موارد بیماری را شامل می شود و کمترین میزان بیماری در فصل تابستان بود(شکل ۱). بیماری سالهای موردنطالعه به طور متناسب کاهش و افزایش نشان می دهد. و بیشترین رخداد آن در سالهای ۸۱ (۱۷٪ موارد)، ۸۳ (۲۰٪ موارد) و ۸۵ (۱۷٪ موارد) بود.

در زمینه شکایت اصلی برای مراجعه به پزشک تب، اسپلنومگالی و سرفه و شکایات تنفسی شایعترین شکایات برای مراجعه به پزشک بودند. بررسی های بعدی نشان داد که ۹۶٪ این بیماران اختلال در رشد (FTT) نیز داشتند (که با وزن کمتر از صد ک پنجم منحنی وزن برای سن تشخیص داده شد). شایعترین یافته های بالینی و آزمایشگاهی در جدول ۱ آمده است. بیماران هموگلوبین کمتر از ۱۲g/dl داشتند که در ۸۶٪ موارد هموگلوبین کمتر از ۸g/dl بود و آنکه مبتلایان از نوع میکروسیستک های پوکروم تشخیص داده شدو در ۷۳٪ موارد شمارش رتیکولوسيت افزایش داشت و شمارش پلاکتی در ۸۲٪ موارد کاهش یافته و در ۶۴٪ موارد کمتر از ۱۰۰۰۰ بود. شمارش گلوبولهای سفید در ۴۴٪ موارد به کمتر از ۴۰۰۰ کاهش یافته بود و در ۹۰٪ موارد افزایش لنفوسيتی وجود داشت به نحوی که در ۸۲٪ موارد شمارش لنفوسيت بیش از ۵۰٪ شیوع پان سپتوپنی ۴۱/۵٪ بود.

SGOT که در ۸۰٪ موارد و SGPT در ۳۰٪ موارد افزایش خفیفی نشان داد ولی ALK-P در همه موارد طبیعی گزارش شد. میزان بیلی رویین افزایش نداشته و تست های اعقادی نیز تغییر قابل توجهی نشان نداد. در زمینه ارزیابی سایر کانون های عفونت، کشت خون در ۷۰٪ موارد، آزمون انگلی مدفعه در ۱۵٪ و کشت ادرار در ۱۶٪ موارد مثبت گزارش شد.

تمامی بیماران تحت درمان آنتی بیوتیکی و درمان با گلوکانتیم با دوز $10-5\text{ mg/kg}$ قرار گرفتند. این درمان در ۷۵٪ بیماران با موفقیت همراه بود. ۱۴٪ از بیماران برای ادامه درمان به مرکز درمانی مجهر اعزام شدند. این بیماری با مرگ و میر ۷ درصدی همراه بود. در بیماران درمان شده، متوسط دوزه بستری ۲۰ روز بود که طولانی ترین دوره بستری ۳۶ روز و کوتاه ترین دوره بستری ۱۱ روز بوده است.

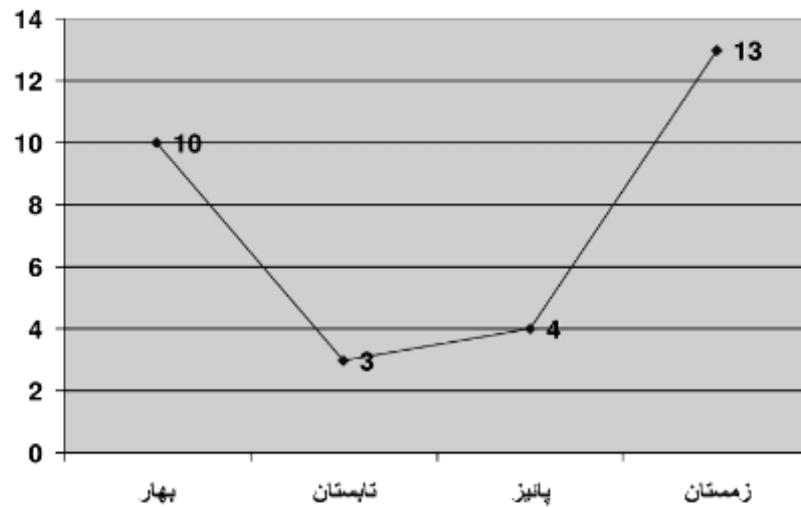
و آزمایشگاهی در لشمانیوز احشایی انجام شده است. آگاهی از این یافته ها باعث می شود تا تصمیم گیری در مورد تشخیص های افتراقی باقاطعیت بیشتری انجام شود. در نتیجه با کاهش هزینه های تشخیص و شروع درمان به موقع، ضمن کاهش میزان مرگ و میر ناشی از تاخیر درمانی، هزینه های مربوط به طول مدت بستری و درمان های غیرضروری نیز کاهش داده می شود.

روش کار

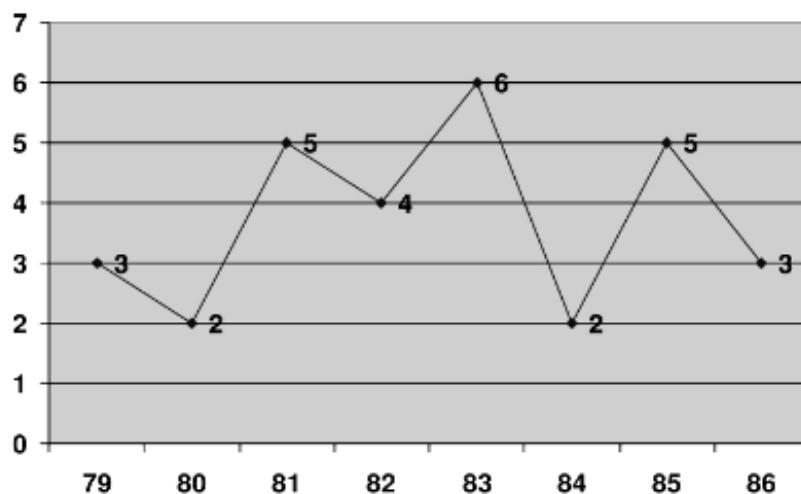
این مطالعه case-series بصورت گذشته نگر از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ به مدت ۸ سال انجام شد. در این مطالعه عالیم بالینی و آزمایشگاهی ۳۰ بیمار مبتلا به لشمانیوز احشایی که در بخش اطفال بیمارستان امام رضا (ع) بحضور بستری شده بودند بررسی گردید. اطلاعات خام مربوط به متغیرهای کمی و کیفی شامل یافته های بالینی و آزمایشگاهی و نحوه پاسخ به درمان، بطرور جداگانه بررسی گردید. تشخیص نهایی لشمانیوز احشایی بر اساس نمونه آسپیراسیون مغز استخوان و مشاهده اجسام لشمن در نمونه مغز استخوان گذاشته شده است. سایر آزمایشاتی که برای بررسی بیشتر بیمار انجام شده بودند عبارتند از شمارش کامل سلول های خونی، شمارش رتیکولوسيت، کشت خون، کشت ادرار، کشت مدفعه، تست های کبدی، ESR و CRP که نتایج این آزمایشات نیز استخراج شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همزمان یافته های بالینی و شکایت اصلی بیمار برای مراجعه به پزشک و نحوه پاسخ به درمان نیز ارزیابی شد. پس از جمع بندی اطلاعات آماری خام، آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS^{۱۳} انجام شده و برای ارائه نتایج از بررسی های توصیفی ساده استفاده گردید.

نتایج

طبق بررسی های توصیفی مشاهده گردید ۶۰٪ بیماران دختر و ۴۰٪ پسر بودند. که به این ترتیب میزان ابتلاء به بیماری در دختران ۱/۵ برابر پسران بود. ۸۱٪ بیماران زیر ۵ سال و ۱۵٪ زیر یکسال بودند. بیماری در فاصله سنین ۱ تا ۵ سال شیوع یکسانی داشته و اوج سنی خاصی نداشت. ۱۰۰٪ این بیماران متولد و ساکن روستا بودند.



نمودار ۱: تعداد و خنده بیماری در فصول مختلف سال



نمودار ۲: موارد تشخیص داده شده از بیماری در عالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ دور این هر کثر

جدول ۱: شایعترین یافته های بالینی و آزمایشگاهی به دست آمده در بیماران مبتلا به لشمایوز در این مرکز

درصد	یافته	بالینی	آزمایشگاهی
۹۶	اختلال در رشد		
۹۰	تب		
۸۰	هپاتو اسپلنومگالی		
۴۰	شکایات تنفسی		
۹۰	$RBC \leq 4000$		
۱۰۰	$HG \leq 12 \text{ gr/dl}$		
۱۰۰	($MCH < 27 \text{ picograms/cell}$)	هایپوکرومیا	
۷۹	($MCV < 80 \text{ femtoliter}$)	میکروسیتوز	
۷۹	(($RDW \geq 14$)	آنیزوسیتوز	
۷۳	$\text{Retic} > 1.5$		
۸۲	$\text{Platelet} \leq 150,000 \text{ /dl}$		
۴۴	$WBC \leq 4000 \text{ /dl}$		
۱۰	$WBC \geq 10,000 \text{ /dl}$		
۹۰	$lymph \geq 35\%$		
۴۱/۵	<i>pancytopnea</i>		
۱۰۰	$ESR_i \geq 10$		
۹۵	Positive-CRP		

بحث و نتیجه گیری

بیماران در شهرستان بجنورد - منطقه اسپورادیک - به میانگین سنی بیماران در مناطق آندمیک نزدیک تر است می تواند نشاندهنده آمادگی بالای کودکان این منطقه برای ابتلا به بیماری باشد.

در مطالعه انجام شده در مشکین شهر نسبت ابتلا در پسران به دختران، 3 ± 2 برابر شده است (۱۷)، که در مورد علت این پدیده توضیحی ارائه نشده است. اما در مطالعه حاضر این نسبت دقیقاً معکوس می باشد و روشن شدن علت آن نیاز به بررسی های بیشتر دارد.

نتایج به دست آمده در این مطالعه از برخی نظرات مشابه یافته های به دست آمده در سایر اطلاعات و از برخی نظرات متفاوت بوده است که نتایج در زیر مقایسه شده است.

اوج سنی شیوع لشمایوز در مطالعه ای در هندوستان $4/2 \pm 0/9$ سال گزارش شده است (۱۳). اما در ایران اوج سنی آن زیر ۵ سال و در مشکین شهر که منطقه بومی بیماران محسوب می شود اوج سنی زیر ۳ سال مشخص شده ولی میانگین سنی دقیقی برای این بیماری تعیین نشده است (۱۷). در مطالعه حاضر نیز 81% موارد بیماری زیر ۵ سال بوده و میانگین سنی بیماران نیز $3 \pm 0/7$ سال بود. این واقعیت که میانگین سنی

نظر گرفتن شواهد به دست آمده از این مطالعه توصیه می شود در این دسته از بیماران سایر کانون های عفونت نیز بررسی شوند.

Maru و همکاران (۱۹۷۹)، لنسوستیوز نسیبی، لکپنی، شمارش پائین پلاکت و آنی راشایترین یافته های آزمایشگاهی در لشمانیوز معروفی کردند (۲۱) اما میزان دقیقی از پارامترها را ارائه ندادند. Totan و همکاران، شیوع آنی، لکپنی، نوتروپنی، ترومبوستیوپنی پان سیتوپنی را در بیماران لشمانیوز، به ترتیب ۱۰٪، ۶۰٪، ۸۰٪ و ۶۰٪ گزارش کردند (۲۲). در مطالعه حاضر شایترین یافته ها عبارت بودند از آنی به صورت کاهش هموگلوبین و کاهش شمارش RBC، در بررسی اندرکس های RBC، در ۷۰٪ موارد میکروستیوز، در ۱۰۰٪ موارد هایپوکرومی و در ۸۰٪ موارد آنیزوستیوز وجود داشت. که این یافته ها می توانند مربوط به ارتشاج مغز استخوان توسط انگل، تخریب بیش از حد RBC ها و فقر آهن ناشی از بی اشتیابی مزمن باشد. اما در ۷۰٪ موارد رتیکولوستیوز یافت شد، که می تواند در تمایز لشمانیوز از لوکمی ها کمک کننده باشد. بدین ترتیب همچنان که انتظار می رود در بین این بیماران نیز آنی شدید از مهم ترین مشکلات می باشد به گونه ای که درصد قابل توجهی از این بیماران (۸۲٪) نیاز به ترانسفوزیون خون داشتند. شیوع لکپنی در این بیماران کمتر از مطالعه Totan و همکاران و معادل ۴۵٪ بوده، علاوه بر آن در مطالعه حاضر لکوستیوز نیز در ۱۰٪ از بیماران وجود داشت که این تفاوتها در شمارش لکوست می توانند احتمالاً مربوط به گونه لیشمایی باشد که بیماری از بیماران آورده است. با همین شمارش لکوستی درصد بالایی از بیماران ۹۰٪ آنات نوتروپنی و افزایش لنفوسیت داشتند که این نکته نیز می تواند در کاربردهای بالینی برای رد یا تایید سایر تشخیص های افتراقی لشمانیوز کمک کننده باشد. شمارش پلاکتی در ۸۲٪ از بیماران کاهش داشت که این میزان کاهش پلاکتی در بین نمونه های ما بیش از سایر گزارشات می باشد. همچنان که پیشتر اشاره شد شاید بتوان این یافته ها را بر اساس گونه میکروار گانیسمی توصیف کرد. گونه های مختلف لشمانیا Leishmania infantum، Leishmania donovani، and Leishmania chagasi شامل مسبب بیماری در انسان باشند اما توزیع جغرافیایی آن متفاوت

براساس گزارشات چوینه و همکاران (۱۳۸۳) در تهران شیوع فصلی لشمانیوز احشایی در بهار و تابستان است (۱۸٪) و براساس گزارش park و همکاران (۲۰۰۲) پاییز و زمستان (۱۹٪) اعلام شده است، اما همچنان که از نمودار ۱ بر می آید، اوج رخداد بیماری در این مطالعه بهار و زمستان می باشد. پدیده جالب دیگری که در مورد تغییرات در بروز بیماری مشاهده می شود آنست که طبق نمودار ۲، رخداد سالانه بیماری به صورت متناوب کاهش و افزایش داشته است، اما به طور کلی رخداد بیماری در حال افزایش است. که این نکته می تواند نشانه هنده افزایش خدمات رسانی به بیماران و یا بر عکس کاهش استاندارد های مراقبتی کودکان باشد. به هر حال این یافته ها می طلبند تا فرسته های بعدی خصوصیات زیست محیطی مناطقی که بیشترین شیوع را داشته اند بررسی شده و علت این تغییرات تعیین شود تا اقدامات لازم از قبیل سپاپشی برای کنترل ناقلین بیماری در مناسبترین زمان انجام شود (۲۰).

ضعف و بی حالی، اختلال در رشد، تب، اسپلنومگالی و عالیم عفونت تفسی، شایترین یافته های بالینی هستند. براساس مطالعات رادیوگرافی، تمامی کودکان دارای عالیم تفسی مبتلا به عفونتهای تفسی بوده اند و در همه این موارد براساس یافته های رادیوگرافی، پنومونی تایید شده است. یافته های به دست آمده مشابه یافته های به دست آمده در سایر اطلاعات می باشد (۲۱). نکه قابل توجه شیوع بالای پنومونی در این بیماران است. Totan و همکاران (۲۰۰۳) رخداد پنومونی را در بیماران مبتلا به لشمانیوز احشایی ۱۰٪ برآورد کرده اند (۲۲)، در حالیکه در نمونه های ما این میزان ۴۰٪ است. علاوه بر پنومونی رخداد سایر عفونت های نیز در این بیماران قابل توجه است. به گونه ای که رخداد عفونت ادراری ۱۶٪، آلدگی به انگل های روده ای ۱۵٪ و باکتریمی ۷٪ برآورد شده است. آنتروکوکوس، کلیسیلا و اشرشیا کولای میکروار گانیسم های به دست آمده از کشت ادرار می باشد، استافیلو کوک اپیدرمیس و اشرسیا کولای ار گانیسم های به دست آمده از کشت خون و ژیاردیا لامبیا ار گانیسم به دست آمده از مدفوع می باشد. در ۱ مورد در آنالیز مدفوع پر ماستیگوت لشمانیا مشاهده شده است. بدین ترتیب با توجه به تغییرات اینمی در بیماران مبتلا به لشمانیوز (۲۳) و با در

این طول مدت بستری علاوه بر آنکه هزینه قابل توجهی را متحمل والدین و جامعه خواهد کرد، می تواند کودک را در معرض ابتلاء به عفونت های بیمارستانی نیز قرار دهد. که با توجه به این مشکلات توصیه می شود تا تلاش های تیم های بهداشت و درمان بیشتر بر یافتن کانونهای یومی عفونت، فضول شیوع عفونت و مبارزه با بیماری متمن کر شود تا درمان صرف موارد تشخیص داده شده. براساس اطلاعات به دست آمده از این مطالعه بیشترین دوره رخداد بیماری زمستان و بهار بوده است. که با توجه به دوره نهفته بیماری که ۲ تا ۶ ماه گزارش شده است، می توان نتیجه گرفت افزایش جمعیت پشه ها در فصل تابستان، می تواند با افزایش رخداد بیماری در فصل زمستان و بهار آتی مرتبط باشد. بر این اساس می توان از مبارزه با جمعیت پشه ها در فصل تابستان به عنوان راهکاری برای کاهش رخداد بیماری در فضول بعدی سال استفاده کرد. بدیت ترتیب ترکیب بالینی مشکل از تب، اسپانومگالی و اختلال در رشد به همراه آنمی، لکوپنی همراه با اکثریت لغوفیستی، ریتکولوسیتوز، کاهش شمارش پلاکتی، ESR بالا و مثبت بودن CRP می تواند در تشخیص لشمانیوز در برابر سایر تشخیص های افتراقی مورد استفاده قرار گیرند. با توجه به تغییرات اینمی در بیماران مبتلا به لشمانیوز و با در نظر گرفتن شواهد به دست آمده از این مطالعه توصیه می شود در این دسته از بیماران سایر کانون های عفونت (ادرار، مدفعه، خون) نیز بررسی شوند. میزان بالای مرگ و میر ناشی از این بیماری نیازمند توجه و پیژه مسئولین می باشد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه پژوهشکان و پرسنل بخش اطفال بیمارستان امام رضا(ع) بجنورد اعلام می دارد.

است. به طور کلی در منطقه مدیترانه Leishmania donovani شایعترین ارگانیسم مسبب می باشد. اما مطالعات انجام شده در جنوب ایران Leishmania infantum را شایعترین ارگانیسم به دست آمده اعلام کرده اند (۱۷). و این می تواند یک بستر مطالعاتی مناسب برای محققین باشد. یافته قابل توجه در این مطالعه آنست که در مورد ESR افزایش یافته و CRP نیز در ۹۵٪ موارد مثبت شده است که این افزایشها در هیچ مطالعه ای یافت نشد. اما مشخص نیست که این پارامترها موردن غفلت قرار گرفته و اندازه گیری نشده اند یا مقدارشان قابل گزارش نبوده است. به هر حال از یافته های بسیار شایع آزمایشگاهی در این بیماران ESR و CRP می باشد. با وجود آنکه هپاتوسپلنومگالی از یافته های بالینی شایع در این بیماران است اما تست های کبدی در این بیماران تغییر خاصی نداشته است. در مطالعه حاضر بیماری با مرگ و میر ۷٪ همراه Maru و همکاران (۱۹۷۹) میزان مرگ و میر ناشی از بیماری را در اتوبی، ۱۶/۵٪ (۱۳) گزارش کردند (۲۱). افزایش استانداردهای مراقبتی و امکان تشخیص زودرس بیماریها از مرگ و میر بیماران کاسته است. در کشور ما میزان مرگ و میر ناشی از بیماری حتی با وجود درمان ۱۷٪ اعلام شده است (۱۷). چوینه و همکاران (۱۳۸۳) میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در مرکز طبی کودکان تهران را ۲/۷٪ برآورد کرده اند (۱۸). همچنان که مشاهده می شود میزان مرگ و میر ناشی از بیماری در مرکز مورد مطالعه بیشتر از میزان استاندارد کشوری و برآوردهای به دست آمده از سایر مراکز می باشد. علاوه ۱۴٪ از این بیماران که پاسخ به درمان نداده و عارضه مند شده بودند به خارج استان اعزام شده اند که از مرگ و میر آنان اطلاعی در دست نیست. به این ترتیب ممکن است میزان مرگ و میر ناشی از بیماری در مطالعه حاضر بیش از ۷٪ باشد. در هر صورت میانگین طول مدت بستری در نجات یافگان ۱۹/۵ روز می باشد.

References:

- Behrman R. E, Kliegman R. M, Nelson H. B. Nelson Text book of pediatrics. 18th ed. New York: W.B. 2007 Saunders vol 1
- Giger U. Leishmania donovani transmission by packed RBC transfusion to anemic dogs in the United States. Transfusion, 2002; 42(3):381-83.

3. Rassi Y, Kaverizadeh F, Javadian E, Mohebali M. First Report on Natural Promastigote Infection of Phlebotomus caucasicus in a New Focus of Visceral Leishmaniasis in North West of Iran. *Iranian J Publ Heaht* 2004;33(4):70-72
4. Slappendel RJ, Ferrer L (1998). Leishmaniasis, In Infectious Diseases of the Dog and Cat. Philadelphia: W.B.Saunders.
5. Hoshia A, Naraibn J.P , Prasittisukb C, Bhstib R, Ghalib Hashmic, et all (). Can visceral leishmaniasis be eliminated from Asia? *J Vector Borne Dis*, 2008; 45: 105-111.
- ۶.ندیم ا. لیشمانیوزها در کتاب اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران. تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۹: ۵۳۴-۵۳۲
۷. عرشی م. مجبلی م. آخوندی ب و همکاران. معرفی یک کانون جدید کالاآزار در استان اردبیل. مجله دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۸۲: ۱ (۲): ۹-۱۸
8. Rafati S, Nakhaee A, Taheri T, et al. Protective Vaccination against experimental canine visceral Leishmaniasis using a combination of DNA and protein immunization with cysteine proteinases type I and II of *L. infantum*. *Vaccine*. 2005; 23: 3716-25.
۹. پویا ا. لشمانیوز احشایی در استانهای ۱ و ۲. نامه ماهانه دانشکده پزشکی تهران. ۱۳۲۸: ۷ (۷): ۳۵۹-۳۶۱
۱۰. مراغی ش، ادریسیان غ، ابراهیم زاده ع. کالاآزار در خوزستان. مجله دانشکده پزشکی ۱۳۷۲: ۱ (۴): ۱-۷
۱۱. شهابی ق، وضعیت بیماری کالاآزار در استان چهار محال و بختیاری و شناخت یک مورد رویاه آلدود به لشمانیوز احشایی به عنوان مخزن وحشی بیماری. مجله دانشگاه علم شهر کرد. ۱۳۷۸: ۱ (۱): ۴۰-۴۵
۱۲. Edrissian G.h , Darabian P.A. Comparison op enzyme linked immunosorbens assay and indirect Florescent antibody test in the serodin gnosis op coetaneous and visceral leishmaniasis in Iran transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. ۱۹۷۹; ۷۳ (۳): ۲۸۹-۲۹۲.
۱۳. Meheus F, Boelaert M, Baltussen R, Sundar S. Costs of patient management of visceral leishmaniasis in Muzaffarpur, Bihar, India. *Tropical Medicine & International Health*, ۲۰۰۶; ۱۱ (۱۱), ۱۷۱۵-۲۴.
۱۴. Gradoni L, Gramiccia M, Scalzone A. Visceral Leishmaniasis Treatment, Italy. *Emerging Infectious Disease* 2003; 9 (12).
۱۵. Murray H. W. Clinical and Experimental Advances in Treatment of Visceral Leishmaniasis. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2001; 45(8), 2185-197.
۱۶. Sundar, S, Gupta L. B, Rastogi V, Agrawal G, Murry H. W. Short-course, cost-effective treatment with amphotericin B-fat emulsion cures visceral leishmaniasis. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg*, 2000; 94,200-204.
۱۷. عزیزی ف، حاتمی ح، جانقیانی م. اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران. چاپ دوم. موسسه انتشاراتی خسروی، تهران، ۱۳۸۳
۱۸. چوبینه ح، ممیشی س، باهنر ع و همکاران. بررسی خصوصیات اپیدمیولوژیکی و بالینی کالاآزار در کودکان بستری شده در مرکز طبی کودکان تهران طی سالهای ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹
۱۹. پارک کک، رفاهی شیر پاک خ (متترجم)، درستامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، جلد چهارم، انتشارات ایلیا، چاپ اول، ۱۳۸۲: ۱۵۰-۱۵۱
۲۰. ادریسیان غ، کالاآزار و وضع این بیماری در ایران. مجموعه مقالات کنگره سراسری بازآموزی طب اطفال. ۱۳۷۱: ۳۴۵-۳۶۳
21. Mallede M. Clinical and Laboratory Features and Treatment of visceral Leishmaniasis in Hospitalized Patients in Northwestern Ethiopia. *Am. J. Trop. Med. Hyg*, 1979; 28 (1): 15-18.
22. Totan M, Hokelek M, Cetinkaya M. C. Five Pneumonia Cases Associated with visceral Leishmaniasis in Turkey. *Int Pedaitor*, 2003; 18 (3): 185-187.
23. Voulgaridis M, Voulgari P. V, srelis J, Drosos A. A, Skopouli F. N. Visceravel leishmaniasis resembling systemic lupus erythematosus. *Clinical Rheumatology*, 2003; 22(6): 1348-49.