

Lost Associated with the 2009 A/H1N1 Pandemic in the US and Comparison with Past Influenza Seasons. In: Plos. Curr., 2010 Mar. Available from: <http://knol.google.com/k/cecile-viboud/preliminary-estimates-of-mortality-and/35hpbwfdwl4n/8?collectionId=28qm4w0q65e4w.1&position=1#>.

5. ECDC SPECIAL REPORT. *The 2009A (H1N1) pandemic in Europe. A review of the experience.* www.ecdc.europa.eu.
6. World Health Organization (WHO). *Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 20. Comparing deaths from pandemic and seasonal influenza.* 22 December 2009. Available from: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/en/index.html, accesat la 05.05.2014.

Nicolae Furtună,

Centrul de Sănătate Publică

din mun. Chișinău,

E-mail: nicolaefurtuna@mail.ru,

tel.: +373 22 574 305

SPECTRUL ETIOLOGIC AL INFECȚIEI ȘI DISBIOZEI INTESTINALE.

*Marina LEVINSCHI, Olga SOFRONIE,
Ana SCUTARU, Larisa LUNGU,*

Centrul de Sănătate Publică din municipiul Chișinău

Summary

Etiology of intestinal infections and disbacteriosis. Microbiology Laboratory, Public Health Center from Chisinau

Digestive tract infections is more frequent in children, but it can affect all ages. The aim of the paper was to analyse the etiology of digestive tract infections. This work includes the results of laboratory tests gastrointestinal infections and intestinalis dysbiosis in the period from 2006 – 2012 year. Digestive tract infections continues to be a problem for the clinician, both due to the large number of demands for this pathology and to the possible problems of diagnosis and treatment this pathology involves.

Keywords: *digestive tract infections, intestinalis dysbiosis, etiological agents*

Резюме

Этиология кишечной инфекции и дизбактериоз. Микробиологическая лаборатория, Центр общественного здоровья муниципия Кишинэу

Инфекции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) чаще всего встречаются у детей, но могут порожать людей всех возрастов. Цель работы состоит в определении этиологии инфекции ЖКТ. Эта работа содержит результаты лабораторных исследований инфекций желудочно-кишечного тракта и дизбактериоза кишеч-

ного тракта в период с 2006 по 2012 год. Инфекции желудочно-кишечного тракта продолжают быть проблемой для врачей-клиницистов, из-за большого количество обращений по поводу этой патологии и всевозможных проблем диагностики и лечения этих инфекций.

Ключевые слова: *инфекции желудочно-кишечного тракта, дизбактериоз кишечника, этиологические агенты*

Introducere

Infecțiile intestinale reprezintă una dintre problemele medicale și sociale majore de sănătate publică în toată lumea, atât prin frecvența înaltă, cât și prin manifestările clinice grave, în special se înregistrează creșteri sezoniere în lunile iunie – septembrie. Sezonalitatea de vară se explică prin activizarea mecanismului de transmitere în această perioadă a anului, prin consumul unor cantități mari de fructe și legume eventual contaminate, consumul de apă din surse nesigure, scăldatul neautorizat în lacuri și râulețe, înmulțirea excesivă a muștelor în această perioadă, curențe în respectarea igienei personale. Nu se exclud cazurile de morbiditate prin infecțiile intestinale și în lunile de iarnă–primăvară, factorii declanșatori fiind nerespectarea regulilor de igienă personală, alimentația incorectă a copiilor de vârstă fragedă, nerespectarea tehnologiei de preparare a bucatelor.

Agenții infecțioși s-au răspândit pe plan mondial în urma circulației intense a turiștilor și migrației în diferite zone ale globului. Germenii infecțioși cauzează diareea acută infecțioasă. Infecțiile tractului digestiv acționează diferit asupra fiecărui organism, în funcție de cât de patogene sunt bacteriile, dar și de vârsta și starea generală de sănătate a persoanei afectate. Principalele semne ale acestei infecții intestinale sunt scaunele apoase frecvente, voma, febra și deshidratarea în grade variate.

Tradițional, cel mai afectat grup de vârstă sunt copiii până la 2 ani, urmași de grupul de vârstă 3-6 ani. Disbioza intestinală reprezintă o dereglare a echilibrului dinamic în calitatea și cantitatea florei normale intestinale, cauzată de maladiile infecțioase bacteriene și virale, cu afectarea tubului digestiv, și utilizarea antibioticelor și chimioterapicelor neraționale și de lungă durată. Principalii germeni implicați în etiologia infecției și disbiozei intestinale sunt: *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *Escherichia coli* (serotipuri enteropatogene), *Vibrio cholerae*, *Yersinia enterocolitica*, *Klebsiella spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Aeromonas spp.*, *Candida spp.* [1, 2, 3].

Noi am evaluat etiologia infecțiilor intestinale, pe o perioadă de 6 ani (2006-2012), a probelor clinice parvenite din municipiul Chișinău și analiza antibioticorezistenței agenților declanșatori.

- Am urmărit obiectivele:
- Organizarea și asigurarea supravegherii de stat a sănătății publice și de profilaxie a morbidității infecțioase pentru asigurarea bunăstării sănătății publice.
- Elaborarea și perfecționarea metodelor rapide de diagnostic al patologiilor infecțioase.
- Studiul spectrului acțiunii antibacteriene asupra microorganismelor declanșatoare ale infecțiilor tractului digestiv.

Materiale și metode

Au fost analizate rezultatele investigațiilor de laborator în infecțiile intestinale și disbacterioza intestinală pe anii 2006-2012. Pe parcursul perioadei de studiu au fost cercetate 155120 de probe. Etiologia infecțiilor intestinale a fost stabilită prin urmărirea coproculturii, pentru care a fost necesară recoltarea a 3-5 gr (sau cm³) materii fecale în container steril și/sau recoltarea cu ajutorul tampoanelui rectal umezit cu ser fiziologic. Metoda de lucru constă în recoltarea materiilor fecale, cultivarea pe medii de cultură, analiza microscopică a coloniilor crescute și identificarea microorganismelor izolate. Această metodă permite identificarea bacteriilor, fungilor, virusurilor și paraziților care au cauzat infecția sau care au modificat microflora normală a intestinalului. Proba de coprocultură lichidă se însămânțează direct, scaunul format se omogenizează în 5-7 ml ser fiziologic și se efectuează pasajul pe medii de cultură (Bismut Sulfit Agar, SS agar, Geloză sânge, Endo, Geloză salină cu gălbenuș de ou, Sabouraud). Uzual, probele se verifică la prezența agenților patogeni (*Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *E. coli* – serotipuri enteropatogene, *S. aureus*, *Candida spp.*) și condiționat patogeni, cu cercetarea sensibilității/rezistenței la preparatele antimicrobiene [4, 5].

Rezultate și discuții

Pe parcursul anilor 2006-2012, în Laboratorul microbiologie al CSP din municipiul Chișinău au fost cer-

cetate, prin metoda bacteriologică, substraturi biologice de la următoarele contingente: bolnavi și suspecti, contactați, reconvalescenți, cu scop profilactic și în disbioză în număr de 155120 de probe.

Tabelul 1

Contingentele examinate la grupa intestinală din mun. Chișinău, anii 2006-2012

Anii	Contingente				
	Bolnavi și suspecti	Contactați	Reconvalescenți	Profilactici	Disbioză
	%	%	%	%	%
2006	4,72	27,76	0,09	66,68	0,73
2007	3,54	19,55	0,55	75,05	1,29
2008	2,85	18,9	0,52	75,67	2,04
2009	3,44	17,8	0,53	75,55	2,66
2010	3,84	13,24	0,68	79,14	3,06
2011	3,88	13,04	0,57	79,96	2,51
2012	5,17	7,14	0,56	85,67	1,44
Indice mediu	3,9	17,3	0,5	76,4	1,9

În perioada 2006-2012, în Laboratorul microbiologie au fost investigate contingentele menționate în tabelul 1. Din datele tabelului se observă descreșterea sporită a probelor colectate pe parcursul acestor ani. Cel mai mic indice mediu pe contingente este de circa 0,5% la reconvalescenți, 1,9% – la disbioză, la bolnavi și suspecti este de 3,9%, contingentul celor contactați prezintă un indice mediu de 17,3%. Indicele maxim se atestă la contingentul profilactici pe parcursul acestor ani, fiind de 76,4%. Procentul major de probe investigate cu scop profilactic în Laboratorul microbiologie al CSPM Chișinău reflectă organizarea și asigurarea supravegherii de stat a sănătății publice și profilaxiei morbidității infecțioase întru asigurarea sănătății publice. Disbioza se investighează în mai puține probe, indicele mediu la acest contingent de probe pe parcursul anilor analizați este de 1,9%.

Din tulpinile izolate (tabelul 2) ce aparțin familiei *Enterobacteriaceae*, un procent major le-a revenit microorganismelor potențial patogene, fiind depistate în circa 47% cazuri, cu predominarea genurilor *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Citrobacter*.

Tabelul 2

Spectrul etiologic al infecției și disbiozei intestinale, în mun. Chișinău, anii 2006-2012

Anii	Specii de microorganisme depistate											
	<i>Shigella</i>		<i>Salmonella</i>		MPP		<i>E. coli</i>		<i>S. aureus</i>		<i>Candida</i>	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
2006	123	28,9	49	11,5	173	40,7	36	8,5	44	10,4	0	0
2007	46	6,9	37	5,6	287	43,5	119	18,1	100	15,2	71	10,8
2008	25	2,5	54	5,5	412	42,2	209	21,4	147	15,2	130	13,3
2009	17	1,8	52	5,5	426	45,3	158	16,8	142	15,1	145	15,4
2010	0	0	71	6,3	441	39,3	231	20,6	198	17,6	181	16,1
2011	0	0	61	7,5	428	52,7	199	24,5	78	9,6	46	5,7
2012	4	0,4	78	7,1	666	60,7	125	11,4	111	10,1	113	10,3
Indice-mediu	215	3,6	402	6,7	2833	46,9	1077	17,9	820	13,6	686	11,4

Serotipuri enteropatogene de *E. coli* au fost detectate în 17,9% cazuri, cu predominarea preponderentă a *E. coli* hemolizante și *E. coli* inactive. *Staphylococcus aureus* a constituit agentul etiologic pentru 13,6% din cazuri de infecții intestinale și disbioză intestinală. *Candida spp.* a fost izolată în 11,4% cazuri, ceea ce denotă o

folosire nerațională a preparatelor antimicrobiene. Dintre speciile de enterobacterii patogene izolate din probele investigate, cel mai frecvent a fost depistat genul *Salmonella*, cu 6,7%, cu predominarea speciilor de *S. enteritidis* și *S. typhimurium*. Genul *Shigella* a fost izolat într-un număr mai mic, ceea ce constituie 3,6%, cu predominarea, în majoritatea cazurilor, a *S. sonnei*.

Conform tabelului 2, în anul 2006 se observă un procent înalt (28,9%) de depistare a genului *Shigella*, apoi se remarcă o descreștere pe parcursul perioadei analizate, chiar cu absența izolării în anii 2010-2011. Pe când în anul 2012 se constată o apariție a shigelozelor, confirmate bacteriologic, cu 0,4%.

În practica medicală, antibioticele sunt printre cele mai prescrise preparate farmaceutice. Succesul unei terapii cu antibiotice depinde de informarea la zi a medicilor-clinicieni, precum și de asigurarea unui diagnostic etiologic corect, de efectuarea antibioticogramei în timp cât mai scurt. Antibioticul trebuie să satisfacă dubla cerință: să fie suficient de toxic pentru bacteria vizată și cât mai puțin toxic pentru organismul care găzduiește această bacterie. Evoluția bacteriilor spre rezistență la antibiotic este rezultatul adaptării bacteriene.

Capacitatea unor germeni patogeni de a supraviețui și de a se multiplica în prezența antibioticelor definește conceptul de rezistență microbială. Germenii rezistenți devin «toleranți» la antibiotice după administrarea de doze uzuale, netoxice.

Tabelul 3

Rezistența tulpinilor (%) izolate de la pacienți cu infecții ale tractului intestinal și disbioză intestinală

Clasa PAM	Preparatul antimicrobial	<i>Escherichia coli</i>		<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		<i>Shigella sonnei</i>		<i>Salmonella typhimurium</i>		<i>Klebsiella pneumoniae</i>		<i>Staphylococcus aureus</i>	
		R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S
I. Peniciline	1. Amoxicilină	68,8	31,2	88,9	11,1	40,0	60,0	63,6	36,4	88,0	12,0		
	2. Oxacilină											76,3	23,7
II. B-lactam/ B-lactamase combinații cu inhibitor	3. Amoxicilină+acid clavulanic	63,3	36,7	100,0	0,0	40,0	60,0	50,0	50,0	81,6	18,4		
III. Cepheme (parenterale)	4. Cefazolină	64,5	35,4	100,0	100,0	33,3	66,7	50,0	50,0	54,5	45,5		
	5. Cefoxitină	90,3	9,7	100,0	0,0	60,0	40,0	45,5	54,5	58,9	41,1		
	6. Cefotaxim	22,6	77,4	16,7	83,3	0,0	100,0	0,0	100,0	15,2	84,8		
	7. Ceftazidim	22,4	77,6	25,0	75,0	0,0	100,0	0,0	100,0	25,0	75,0		
	8. Ceftriaxon	14,4	85,6	12,5	87,5	33,3	66,7	0,0	100,0	10,7	89,3		
IV. Cepheme (orale)	9. Cefixim	22,4	77,6	77,8	22,2	0,0	100,0	0,0	100,0	25,2	74,8		
V. Aminogly- coside	10. Amikacină	20,5	79,5	22,2	77,8	0,0	100,0	18,2	81,8	32,7	67,3		
	11. Gentamicină	8,6	91,4	33,3	66,7	0,0	100,0	28,6	71,4	24,0	76,0	2,7	97,3
	12. Kanamicină											24,1	75,9
	13. Netilmicină	13,6	86,4	0,0	100,0	20,0	80,0	27,3	72,7	19,0	81,0		
	14. Tobramicină	3,3	96,7	11,1	88,9	0,0	100,0	9,1	90,9	13,8	86,2	5,1	94,9
VI. Ansamycine	15. Rifampicină											75,0	25,0
VII. Fluorochi- nolone	16. Ofloxacină	3,4	96,6	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	7,1	92,9	6,3	93,7
VIII. Folate cu inhibitor	17. Co-trimoxazol	23,5	76,5	100,0	0,0	100,0	0,0	14,3	85,7	12,0	88,0	27,8	72,2
IX. Macrolide	18. Erythromicină											76,9	23,1
X. Phenicole	19. Cloramfenicol	15,4	84,6	25,0	75,0	0,0	100,0	10,0	90,0	13,6	86,4	29,5	70,5
XI. Tetracycline	20. Tetracilină											57,3	42,7
XII. Lincomycine	21. Lincomicină											81,0	19,0
XIII. Compuși nitrofuranului	22. Fuzidinic acid											75,3	24,7

Analizând datele rezistenței *E.coli* la diverse antibiotice, observăm o rezistență înaltă în cazul antibioticului amoxiclav (63,3%), din 120 tulpini cercetate 76 fiind rezistente; cefazolină (64,5%), 62 cercetate cu 40 tulpini rezistente; amoxicilină (68,8%), 141 tulpini cercetate cu 97 din ele rezistente; cea mai sporită rezistență este la cefoxitin (90,3%), din 144 tulpini cercetate 130 fiind rezistente. Conform datelor obținute, putem remarca preparatele nivelul rezistenței cărora depășește 50%. Sensibilitatea *E. coli* patogenă se păstrează la următoarele antibiotice aminoglicozide: amikacin cu 79,5%, din 151 tulpini cercetate cu 31 tulpini rezistente; netilmicin (86,4%), din 162 tulpini cercetate cu circa 22 tulpini rezistente; gentamicină (91,4%), 162 tulpini

cercetate cu 7 tulpini rezistente; tobramicină (96,7%), din 152 tulpini cercetate 5 fiind rezistente; cepheme parenterale: cefotaxim (77,4%), din 62 tulpini cercetate 14 fiind rezistente; ceftazidim (77,6%), 152 tulpini cercetate cu 34 rezistente; ceftriaxon (85,6%), cu 90 tulpini cercetate, dintre care 13 denotă rezistență; cepheme orale: cefixim (77,6%), au fost cercetate 152 tulpini, dintre care 34 au fost rezistente.

Rezistența *P. aeruginosa* la B-lactamase constituie 100%; co-trimoxazol (100%); cefazolin (100%); cefoxitin (100%); în cazurile date toate tulpinile cercetate au demonstrat rezistență; amoxicilină (88,9%), din 9 tulpini cercetate 8 au fost rezistente; cloramfenicol (75%), din 8 probe cercetate 2 au fost rezistente, ceea ce constituie mai mult de 50% la majoritatea preparatelor antimicrobiene. În același timp, ele își păstrează sensibilitatea la unele aminoglicozide: amikacin (77,78%), din 9 tulpini cercetate – 2 rezistente; tobramicină (88,9%), din 9 tulpini studiate doar 1 a fost rezistentă; netilmicină (100%), din 9 tulpini cercetate niciuna rezistentă; la fluorochinolone, cum este ofloxacină (100%), la fel nu s-au înregistrat tulpini rezistente.

Rezistența enterobacteriilor patogene, așa ca *Salmonella* și *Shigella* din tabelul 3, arată în felul următor: *Shigella* este rezistentă la următoarele antibiotice: co-trimoxazol (100%), tulpinile cercetate au dovedit a fi maxim rezistente; cefoxitin (60%), din 5 tulpini cercetate 3 au fost rezistente; amoxiciline (40%), din 3 tulpini supuse cercetării doar 1 a fost rezistentă; amoxiclav (40%), din 5 tulpini 3 au fost rezistente, păstrându-și sensibilitatea la ceftazidim (100%); cefixim (100%); cefotaxim (100%), în cazul tulpinilor cercetate la antibioticele enumerate anterior nicio tulpină nu a fost rezistentă; ceftriaxon (66,7%), 3 tulpini cercetate cu una rezistentă; cefazolină (66,7%), din 3 tulpini doar 1 a fost rezistentă.

Salmonella, la rândul său, are un nivel de rezistență mai mult de 50% la următoarele antibiotice: amoxicilină (63,7%), din 71 tulpini cercetate 7 prezintă rezistență; în cazul antibioticelor amoxiclav (50%) și cefazolină (50%), din 8 tulpini supuse cercetării 4 au arătat rezistență; cefoxitin (45,45%), din 11 tulpini doar 5 au prezentat rezistență. Totuși, se menține sensibilitatea 100% la următoarele antibiotice: cefotaxim, ceftazidim, ceftriaxon, cefixim, ofloxacină, adică tulpinile cercetate nu manifestă sensibilitate.

Rezistența tulpinilor de *K. pneumoniae* constituie, la amoxicilină, 88%, din 108 tulpini cercetate 95 sunt rezistente; la amoxiclav (81,8%), din 49 de tulpini cercetate circa 40 sunt rezistente; cefoxitin (58,9%), din 107 tulpini 63 au arătat rezistență; cefazolină (54,54%), din 33 tulpini cercetate 18 sunt

rezistente, cu remarcarea sensibilității înalte la unele antibiotice, ca ofloxacină cu 93%, 70 tulpini cercetate, din care 5 prezintă rezistență; co-trimoxazol (88%), 75 tulpini cercetate au dat dovadă de rezistență în 9 cazuri; tobramicina și cloramfenicolul (86 %), din 109 tulpini supuse cercetării 15 sunt rezistente.

Tulpinile izolate de coci piogeni sunt cele mai des rezistente la lincomicină (81%), cu 79 tulpini cercetate, din care 64 sunt rezistente; eritromicină și oxacilină (77%), din 78 tulpini cercetate 60 sunt rezistente; fuzidin și rifampicină (75%), la care au fost cercetate 77, respectiv 80 tulpini, cu atestarea rezistenței la 58 și 60 tulpini; tetraciclină în 57,33% cazuri prezintă rezistență, din 75 tulpini cercetate 43 sunt rezistente. Antibioticele care rămân active sunt gentamicina (97,3%), din 73 tulpini doar 2 au manifestat rezistență; tobramicina (95%), din 79 tulpini au fost rezistente 4; ofloxacină (94%), din 48 tulpini cercetate 3 au prezentat rezistență; co-trimoxazolul (72%), 79 tulpini cercetate cu 22 tulpini rezistente; cloramfenicolul (71%), din 78 tulpini cercetate 23 sunt rezistente.

Reieșind din cele expuse mai sus, putem menționa următoarele: rezistența agenților patogeni la antibiotice este în continuă creștere și testarea susceptibilității la antibiotice a agenților etiologici ai infecției tractului intestinal și disbiozei intestinale constituie o problemă de importanță majoră.

Concluzii

1. În condițiile în care infecțiile tractului digestiv și disbioza intestinală sunt unele dintre cele mai frecvente condiții patologice digestive, investigațiile bacteriologice reprezintă un factor major în depistarea agenților etiologici.

2. Infecțiile tractului digestiv continuă să rămână o problemă pentru clinician, atât din cauza numărului mare de solicitări pentru această patologie, cât din motivul unor posibile probleme de diagnostic și tratament pe care le implică.

3. Având în vedere numărul mare al etiologiilor neelucidate, este necesară o îmbunătățire a acurateței rezultatelor bacteriologice, obținute prin creșterea performanței determinărilor în Laboratorul de microbiologie.

4. Tabloul etiologic microbial demonstrează că în declanșarea maladiilor digestive un rol important îl joacă atât enterobacteriile patogene, cât și cele potențial patogene.

5. În urma studiului antibioticogramei, a fost determinată o rezistență înaltă a tulpinilor izolate la preparatele antimicrobiene.

6. Antibioticorezistența dictează necesitatea unui monitoring bacteriologic permanent, unui control strict al tratamentului antibacterian.

7. Diagnosticul dismicrobismului intestinal are un rol decisiv în confirmarea și aprecierea fazei de evoluare a procesului dat.

8. Conlucrarea medicilor-cliniciști, microbiologi și epidemiologi ar soluționa problema prin diminuarea incidenței infecțiilor tractului digestiv și disbacteriozei intestinale.

Propuneri

Singura modalitate de protecție împotriva bolilor diareice acute este profilaxia, ceea ce implică un întreg ansamblu de măsuri de prevenire și de supraveghere a infecțiilor intestinale. Cel mai important este să se respecte principalele reguli de igienă personală și colectivă. Măinile trebuie spălate ori de câte ori este cazul, adică înainte și după masă, după folosirea toaletei sau la venirea acasă.

Pericolul declanșării bolii diareice apare și atunci când se consumă fructe sau legume nespălate, când se bea apă din locuri nesigure. E necesar de verificat termenul de păstrare al tuturor alimentelor pe care le cumpărăm și să le păstrăm la rece. Personalul care lucrează în sectorul alimentar, cei care lucrează cu instalațiile centrale de apă, dar și persoanele ce îngrijesc copii mici ar trebui să efectueze examene bacteriologice periodice, pentru a evita orice risc de infectare la locul de muncă.

Asigurarea populației cu apă de băut și produse alimentare de calitate, asanarea mediului înconjurător și salubritatea localităților, crearea condițiilor adecvate de dezvoltare, educație, studii, muncă și odihnă, în primul rând a copiilor, precum și respectarea igienei personale sunt măsurile cele mai elementare de prevenire a apariției unor boli cu cale de transmitere digestivă.

Determinarea sensibilității microorganismelor la preparatele antimicrobiene a devenit o problemă prioritară pentru sistemul de sănătate, din cauza rezistenței acestora față de preparatele respective, de aceea se cere o colaborare cu medicii-clinicieni la prescrierea în comun a tratamentului etiologic bolnavilor cu boli infecțioase și complicații ale lor.

Bibliografie

1. Evtodienco V., Coteț O., Sliusari V. *Unele aspecte ale maladiilor intestinale în Republica Moldova*. În: *Supravegherea epidemiologică în maladiile actuale pentru Republica Moldova*. Chișinău, 2000, p. 55-59.
2. Buiuc D., Neguț M. *Tratat de microbiologie clinică*. București, 2012; p. 409-513.
3. Jehl F. et al. *De la antibioticogramă la prescripție*. București, 2004; p. 41-50.
4. Galețchi P. *Dismicrobismul intestinal*. Chișinău, 2001, p. 52-72.
5. Evtodienco V., Coteț O., Burduniuc O., Cojocari R., Gheorghita S., Balan G. *Diagnosticul de laborator al infecțiilor intestinale*. Indicații metodice. Chișinău, 2012, p. 25-36.

PARTICULARITĂȚI EPIDEMIOLOGICE ALE INFECȚIILOR NOSOCOMIALE LA PACIENȚII DE PROFIL CHIRURGICAL ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Parascovia DODIȚĂ, Luminița SUVEICĂ,
Centrul de Sănătate Publică, mun. Chișinău

Summary

Epidemiological peculiarities of nosocomial infections for surgical patients in Chisinau city

This paper provides the analysis of nosocomial infections in surgical patients registered in Chisinau city in the period of 2008-2013 years. The analysis shows that the incidence of nosocomial infections in surgical patients is higher in Chisinau city than in Moldova, being higher with 1 per 1000 surgeries. The level of hospital morbidity among surgical patients is 2,6 per 1000 surgeries in Chisinau and 1,6 per 1000 surgeries in Moldova. The registered level of morbidity does not show the real situation, it is lower because of insufficient diagnostic and registration of nosocomial infections. In the general structure of Nosocomial Infections prevail purulent septic infections, with the rate of 93,7% to 97,3%. The etiology of septic purulent infections is very wide, including 16 species of opportunistic pathogens. More frequently were isolated association of different microorganisms – 24,7%. Isolated microorganisms are resistant to 36.4% of the most used antibiotics. The causes of hospital-acquired infections are varied and require the concerted action of employees from medical institutions and the Center of Public Health.

Keywords: *hospital morbidity, septic-purulent infections, microorganisms*

Резюме

Эпидемиологические особенности внутрибольничных инфекций у хирургических больных в мун. Кишинэу

В данной работе приводится анализ внутрибольничной заболеваемости у хирургических больных в мун. Кишинэу в период 2008-2013 г. Анализ свидетельствует о том, что уровень внутрибольничной заболеваемости у хирургических больных составляет 2,6 на 1000 операций и не соответствует действительности, имеет тенденцию к снижению из-за неполной регистрации. В структуре общей внутрибольничной заболеваемости у хирургических больных преобладают гнойно-септические инфекции, удельный вес которых составляет 95%. Возбудителями гнойно-септических инфекций является широкий спектр микроорганизмов, в которых преобладает ассоциация микробов – 24,7%. Выделенные возбудители являются резистентными в 36,4% случаев к большинству использованных антибиотиков. Причины возникновения внутрибольничных гнойных инфекций разнообразны и преобладает связь с основным заболеванием пациента.

Ключевые слова: *госпитальная заболеваемость, гнойно-септические инфекции, микроорганизмы*