

La pacienții cu diagnosticul de hepatită mixtă HVBC+HVCC modificări pozitive după tratament nu s-au observat, probabil că numărul pacienților este mic.

Din *tabelul 8* constatăm că la pacienții din grupul de control s-a determinat o persistență a imunosupresiei celulare T gr II și III la toate grupele de pacienți ceea ce constituie – 81,3% și o limfocitoză B de gr II la 68,75%. CIC cu nivel crescut la – 18,75% la începutul tratamentului și cu o tendință de creștere la 43, 75% pe parcursul studiului ceea ce ne confirmă necesitatea unui tratament imunomodulator.

Concluzii

Tratamentul combinat cu citomix+guna liver+gamma interferon a contribuit la:

- ameliorarea simptomatologiei clinice la pacienții cu HVBC, HVCC și HVBC+HVCC
- Dimensiunile ficatului și splinei s-au normalizat la toți pacienții aflați în studiu, dar mai frecvent la pacienții cu HVBC (peste 50% din cazuri) vizavi de lotul martor unde hepato și splenomegalia au fost depistate cu aceeași frecvență la început și sfârșit de tratament.
- Micșorare moderată a valorilor indicelui de citoliză (ALAT, ASAT)
- La 2 pacienți din 8 cu diagnosticul HVBC și la 1 pacient din 2 cu diagnosticul HVBC+HVCC a avut loc seroconversie în sistemul AgHBs
- Formare de anti-HBs (anticorpi protectivi) față de AgHBs la 3 pacienți ne sugerează că preparatele utilizate posibil posedă proprietăți antivirale
- Anti-HVC IgM au fost depistați cu aceeași frecvență la pacienții cu HVCC atât la început de tratament cât și la sfârșit de tratament, adică o posibilă proprietate antivirală asupra virusului hepatic C nu a fost confirmată
- S-a constatat o ameliorare a statusului imun, care a fost mai accentuat la pacienții cu HVCC.

Bibliografie

1. Heine H. Homotoxicology and basic regulation: Bystander reaction therapy la *Medicina Biologica* 2004:/; 3-12
2. Lozzi A.-Dispensa “Tratamento omeopatico”. Sculo Triennale di Omeopatia clinica Discipline Integrate Anno Accademico 2001-2002
3. S.Malzac. Homeopathic Immunomodulators: principles and clinical cases. The informative role of cytokines in fractal dynamics. *La medicina Biologica* 2004/1; 19-24
4. Pântea V. Hepatitele virale acute și cornice *Actualități*. Chișinău 2009, 224.

EVOLUȚIA ERIZIPELULUI ÎN DEPENDENȚĂ DE LOCALIZARE

Liviu Iarvoi, Octavian Sajen, Lilia Cojuhari

Catedra Boli Infecțioase, tropicale și parazitologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Evolution of erysipelas depending on the localization

Streptococcal infections are wide spread in human population. Although usually it has no severe complications, erysipelas, has a sufficient high incidence and this is why this disease represents the object of various scientific researches. Study of evolutionary particularities of this streptococcal disease is justified by frequent relapses which affect the patient, and also by the socio-economical impact of this illness. The study includes 100 patients with erysipelas. This study aims to analyse the interdependence between clinical type of the disease, localization of erysipelas and its gravity.

Rezumat

Infecțiile streptococice sunt foarte răspândite în rândurile populației umane. Deși în mod obișnuit nu lasă complicații grave, erizipelul are o incidență înaltă pentru a prezenta obiectul multor cercetări științifice. Studiul particularităților evolutive ale acestei infecții streptococice este justificat în legătură cu recăderile frecvente ce se înregistrează la pacienți, precum și de impactul socio-economic al maladiei. În studiu au fost incluși 100 bolnavi de erizipel. Scopul lucrării constă în studierea corelațiilor dintre localizarea procesului, formele clinice și gravitatea acestuia.

Actualitatea temei

Actualmente erizipelul are o răspândire ubicvitară, cu caracter sporadic și reprezintă o problemă extrem de importantă atât în plan medical, cât și în cel social. Datele statistice indică că frecvența formelor grave și a complicațiilor lor nu au o tendință spre micșorare [8, 12, 20]. Totodată, după părerea unor autori, se constată o majorare a morbidității, a frecvenței complicațiilor și a recidivelor, erizipelul ocupând al doilea loc după amigdalite, conform cazurilor de streptococoze înregistrate [1, 2, 4, 9, 13, 18]. Cronicizarea procesului favorizează dezvoltarea patologiilor vasculare și limfatice cu o posibilă invalidizare [15]. În unele estimări se demonstrează o incidență variată (în dependență de regiunea geografică), dar oricum sporită, care oscilează de la 10 la 200 cazuri la 100 000 populație anual [5, 16]. Referitor la diverse zone climaterice ale țărilor CSI, morbiditatea prin această infecție constituie 12 – 30 cazuri la 100 000 locuitori [7]. Cota parte a daunei economice cauzate de erizipel constituie peste 10% din totalul de streptococoze [14].

Cele expuse mai sus justifică efectuarea unui studiu, ce ar stabili dependența formelor clinice ale erizipelului de localizarea procesului, deoarece datele bibliografice sunt contradictorii și într-un număr mic.

Obiectivele lucrării

Studierea formelor clinico-evolutive ale erizipelului în dependență de localizarea procesului patologic.

Material și metode de cercetare

Au fost supravegheați 100 bolnavi, internați la IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „T.Ciorbă” cu diagnosticul clinic de erizipel, stabilit în baza datelor anamnestice, epidemiologice, clinice și de laborator. Tabloul clinic al erizipelului se caracterizează prin:

- debut acut al bolii însoțit de semne de intoxicație (febră, frisoane, uneori grețuri, vărsături și mialgii);
- apariția unui placard eritematos, neted, strălucitor, cald, cu margini ușor reliefate, uneori formând așa numitul burelet de delimitare, cu evoluție centrifugă “în pată de ulei”;
- dureri, mai rar usturime, iar uneori prurit în regiunea afectată;
- limfadenopatie regională, sensibilă la palpare.

Semnele clinice menționate denotă forma eritematoasă a îmbolnăvirii, care constituie, totodată, fondalul celorlalte 3 forme clinico-morfologice ale erizipelului [20]: eritemo-buloasă, eritemo-hemoragică și bulos-hemoragică. Unii autori mai deosebesc erizipelul bulos, gangrenos [1, 6], flegmonos, necrozant, alb (cu edem masiv și fără eritem) [3], purpuric [4], însă oportunitatea folosirii acestor noțiuni în medicina practică rămâne a fi discutabilă.

Toți bolnavii erau adulți, cu vârsta cuprinsă între 2-83 ani, media constituind 53,8 ani, femeii fiind 58, bărbați 42. Media zilei-pat a bolnavilor spitalizați constituind 7,89. Din toți bolnavii supravegheați: 63 au suportat erizipelul primar iar 37 -cel recidivant.

Rezultate obținute și discuții

Din toți bolnavii: 70 au suportat forma eritematoasă de erizipel, 18 -eritemo-buloasă, 4 eritemo-hemoragică și 8 -bulo-hemoragică.

Erizipelul a fost localizat la 77 pacienți pe membrele inferioare și la 23 - pe față. La 1 pacient s-a constatat forma ușoară de erizipel, la 79 - cea medie și la 20 - cea gravă (*figura 1*).

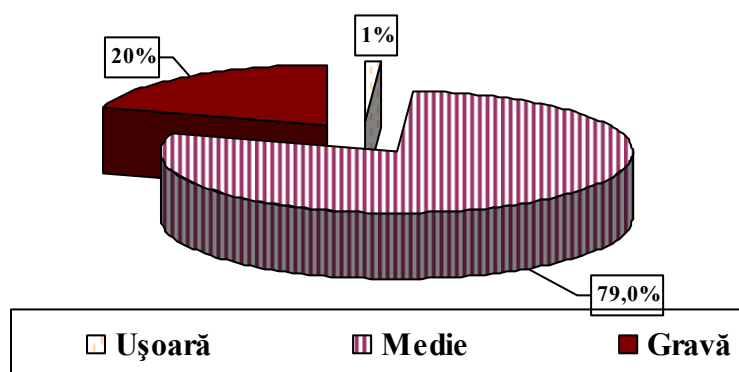


Figura 1. Ponderea formelor de gravitate ale erizipelului la bolnavii supravegheați

Prevalarea formelor medii de erizipel a fost menționată și de A.Danilescu [11], Ужинова E.И și coautorii [17], iar de M. Bala [10] această formă a fost constatată doar la 50,4% bolnavi.

În 82 cazuri erizipelul a decurs fără complicații, în 18 - cu complicații și anume: în 4 cazuri elifantiazis, în 4 flegmon, la 3 – limfangoiță, la 2 pacienți-streptodermie, într-un caz ulceratie trofică a mucoasei nazale, un abces pe gamba stângă; sau mai înregistrat câte un caz de necroză cutanată (pe treimea inferioară a gambei stângi), bursită și tromboflebită.

Din toți bolnavii la 77 - erizipelul a fost localizat pe membrele inferioare-lotul I, iar la 23 pe față –lotul II.

În lotul I erizipelul (*figura 2*) a decurs ușor la 1 (1,3%) bolnavi, în formă medie la 59 (76,7%) și grav la 17 (22%). La localizarea erizipelului pe față (lotul II) s-a constatat o evoluție de gravitate medie - la 20 (87%) și cea gravă în 3 cazuri (13%).

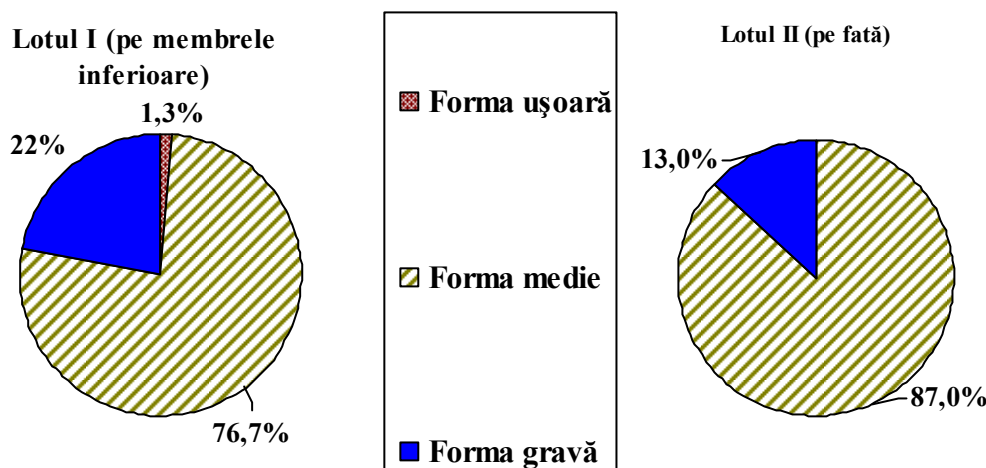


Figura 2. Frecvența diferitor forme de gravitate ale erizipelului în dependență de localizare

Astfel, s-a constatat o frecvență de 1,15 ori mai mare a formelor medii a erizipelului în cazul localizării acestuia pe față, decât pe membrele inferioare. Totodată, erizipelul membrilor inferioare de 1,7 ori mai frecvent ($P < 0,001$) a avut o evoluție gravă, decât erizipelul feței. Aceste fenomene se explică prin prezența unor patologii concomitente, ce afectează membrele inferioare, cum ar fi micozele, insuficiența venoasă cronică și limfostaza primară [19].

Deoarece ne-am stabilit drept obiectiv determinarea evoluției erizipelului în dependență de localizarea procesului patologic am studiat repartizarea formelor clinico-evolutive ale maladii în cazul afectării membrilor inferioare (lotul I) și a feței (lotul II) (*figura 3*). În lotul I

am obținut următoarele date: de forma eritematoasă au suferit 53 (68,8%) pacienți, 14 (18,2%) - de forma eritemo-buloasă, 4 (5,2%) - de forma eritemo-hemoragică și 6 (7,8%) pacienți cu forma bulo-hemoragica. In lotul II: 17 (73,9%) pacienți au suportat forma eritematoasă, 4 (17,4%) eritemo-buloasă, și 2 (8,7%) – bulo-hemoragică. Nici un pacient al lotului II nu a suportat forma eritemo-hemoragică a bolii.

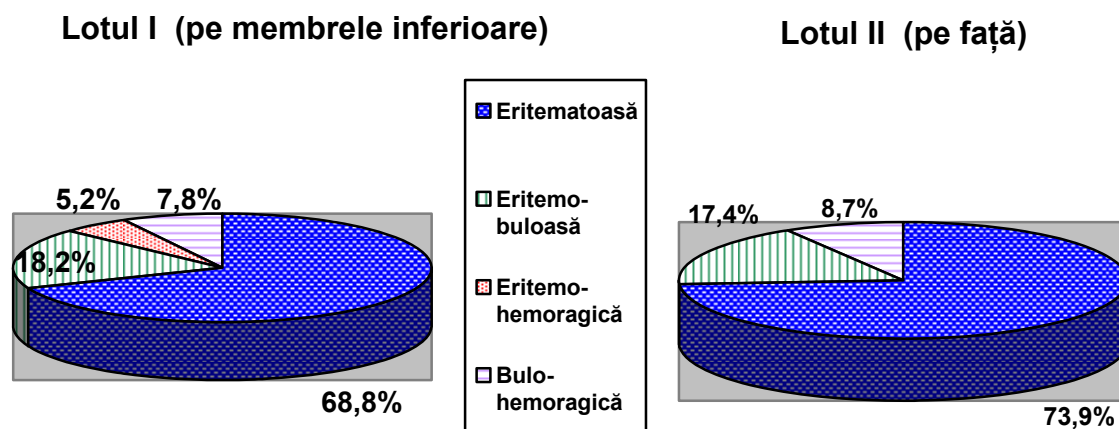


Figura 3. Frecvența formelor clinico-evolutive ale erizipelului în dependență de localizarea procesului

Astfel, analizând datele obținute, am constatat că: rata formelor eritematoasă, eritemo-buloasă și bulo-hemoragică erau aproximativ aceleași atât la localizarea pe față, cât și pe membrele inferioare. Forma eritemo-hemoragică s-a înregistrat doar la localizarea erizipelului pe membrele inferioare (figura 3).

Concluzii

1. Eizipelul a decurs în formă ușoară la 1% bolnavi, medie - la 79% și gravă –la 20% pacienți. La 77% bolnavi erizipelul era localizat pe membrele inferioare, iar la 23% -pe față.
2. La 70% pacienți s-a diagnosticat forma eritematoasă de erizipel, la 18% -eritemo-buloasă, la 8% -bulo-hemoragică și la 4% -eritemo-hemoragică.
3. Erizipelul avea de 1,7 ori ($P < 0,001$) mai frecvent o evoluție gravă la localizarea pe membrele inferioare decât în cazul afectării feței.
4. Forma eritemo-hemoragică de erizipel s-a constatat numai la localizarea acestuia pe membrele inferioare.

Bibliografie

1. ANDRIUȚĂ C., MAGDEI M., ANDRIUȚĂ A. Bolile infecțioase și parazitare (în viziunea populară). Chișinău, 2000. p.281-284.
2. BERNARD P., BEDANE C., MOUNIER M., et all. Bacterial dermo-hypodermatitis in adults. Incidence and role of streptococcal etiology. Ann Dermatol et Venereol. 1995, no.122(8), p.495-500.
3. BUCUR, Gheorghe. Boli vasculare periferice. București: Editura științifică și enciclopedică, 1984, p.432-440.
4. CEAUȘU Emanoil, CALISTRU Petre, CRISTEA Cristiana, et.al. Curs de boli infecțioase. București: Editura Universală "Carol Davila", 2003, p.112.
5. CHIDIAC C. Erysipele et fasciite necrosante. Prise en charge. Conference de consensus de Societe de Pathologie Infectieuse De Langue Francaise et Societe Francaise de Dermatologie. 26.01.2000.
6. EDWARDS J., GREEN P., HAASE D. A blistering disease: bullous erysipelas. Canadian Medical Association Journal. August 2006, no.175(3), p. 247.

7. POKROVSKI V. I. Compendiu de boli infecțioase. Moscova. 1996.
8. REBEDEA I. Boli infecțioase. In PASCU, Rodica. Capitolul 14. Infecții cutanate și ale părților moi. București, 2000, p.122-126.
9. SOLBERG C.O., CHELSOM J. Infection with group A Streptococcus. Nord Med, nr.110(2), 1995, p.50 – 52.
10. БАЛА М.А., РЫЧНЕВ В.Е., ТРЕТЬЯКОВА Н.В. Информативность некоторых иммунологических тестов в прогнозировании рецидивов рожи. Врачебное дело. 1990, № 6, с.118-120.
11. ДАНИЛЕСКО А.Е. Клинико-цитохимическая характеристика рецидивирующей рожи и совершенствование методов терапии. Автореф. дисс...канд.мед.наук. Киев.1997. С.-29.
12. ЕРОВИЧЕНКОВ А.А. и др. Электрофоретическая подвижность эритроцитов у больных с различными формами рожи в динамике болезни. Терапевтический архив, 2001, том 73, №11, с.73-75.
13. ЕРОВИЧЕНКОВ А.А. Рожа (диагностика, лечение). Врач, 2000, №8, с.32-34.
14. ЕРОВИЧЕНКОВ А., БРИКО Н., ГОРОБЧЕНКО А. Особенности современной клиники рожи как варианта течения стрептококковой инфекции. Врач, 2004, №2, с.32-34.
15. ЖИДКИХ В.Н., ИЛЬЮЩЕНКО С.В. Влияние нарушений гемодинамики u1085 а □ течение.
16. РЫСКИНД Р.Р., САМОТОЛКИН К.Н., ЛИЕНКО А.Б. Рожа у больных старших возрастных групп. Клиническая геронтология. 1997, №1, с.43-48.
17. УЖИНОВА Е.П., ГУДИНОВА Р.В., ДОВЛАЛЮК Т.И. Иммунологические аспекты рожи. Советская медицина. 1986, №6, с.111 -112.
18. ФРОЛОВ В.М., ПЕРЕСАДИН Н.А. Значение аутоиммунных реакций при лечении рожи. Врачебное дело. 1988, №9, с.107 - 110.
19. ЧЕРКАСОВ В.Л. Рожа. Москва: "Медицина". 1986, С.-75-77.
20. ЧЕРКАСОВ В.Л., ЕРОВИЧЕНКОВ А.А. Рожа: клиника, диагностика, лечение. Русский Медицинский Журнал, 1999, том 7, №8.

PARTICULARITĂȚILE CLINICE ALE HERPESULUI ZOSTER LA ETAPA ACTUALĂ

Stela Semeniuc, Valentin Ceboțarescu, Diana Pruneanu, Lucia Stângaci, Olga Slova, Carolina Maliovanîi, Ira Bunescu, Silvia Ciobanu
Catedra Boli infecțioase FPM USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Current clinical peculiarities of Herpes Zoster

53 patients aged 18-83 years, with herpes zoster were included in the study.

Herpes zoster most commonly affects people aged 50-83 (66,2%), with prevalence being higher in women (67,9%) than in men (32%).

In 54,7% of patients the disease had a nonfebrile development. In 45,3% of patients herpes zoster occurred because of some chronic long-lasting diseases. According to the lesion topography the most frequent clinical form was thoracic herpes zoster (32,1%), being followed by ophthalmic herpes zoster (22,6%) and abdominal herpes zoster (22,7%). Facial and genital herpes zoster associated with Ramsay-Hunt Syndrome has been recorded in 7,5% and 3,8% respectively. In 22,6% of cases, herpes zoster resulted in postzosterian neuralgia.

Rezumat

În studiu au fost incluși 53 bolnavi de herpes zoster în vârstă de 18-83 ani. Herpes zoster mai frecvent a afectat persoanele în vârstă de 50-83 ani (66,2%) cu predominarea sexului