

Concluzie

Datele obținute în rezultatul implementării sistemului de supraveghere epidemiologică sentinelă la infecția rotavirală în conformitate cu protocolul de bază al OMS vor permite a determina ponderea infecției rotavirale printre copii de vârstă până la 5 ani și necesitatea implementării vaccinului rotaviral în programul național de imunizări pentru Republica Moldova.

Bibliografie

1. Evoluția infecției rotavirale la copii \ Materialele simpozionului bilateral de epidemiologie Republica Moldova-România “Boala diareică acută cu etiologie nedeterminată”, Chișinău, 1995, p. 96-99 (L. Bîrca, C.Spânu, G. Rusu, V. Evtodienco, A. Cotelea, N. Vacaraș).
2. Infecția rotavirală la copii – particularități clinice, de evoluție, diagnostic, tratament \ Recomandări metodice, Chișinău, 2000, p.37 (coaut.: G. Rusu, C. Spânu, V. Vutcariov, P. Scoferța, E. Antohi).
3. Osamu Nakagomi and Nigel A. Cunliffe Rotavirus vaccines: entering a new stage of deployment Current Opinion in Infectious Diseases 2007, 20:501–507
4. Rotavirus infection in children \ XXIII Semaine Medicale Balkanique, Istanbul, 1994, p.48 (coaut.: G. Rusu, C.Spânu, V.Vutcariov).
5. Ruiz-Palacios GM, Perez-Schael I, Velazquez FR, et al. Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. N Engl J Med 2006; 354:11–22.
6. Studiu comparativ în infecția rotavirală separată și mixtă \ Simpozionul “Sanofi Diagnostics Pasteur”, Chișinău, 1999, p. 117 (G. Rusu, L. Bîrca, C. Spânu, E. Antohi, M. Neaga, A. Roslicenco).
7. Timo Vesikari, M.D., David O. Matson, M.D., Ph.D., Penelope Dennehy, M.D., Pierre Van Damme, et al. Safety and Efficacy of a Pentavalent Human–Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine, N Engl J Med 2006; 354:23-33.
8. Van Damme P, Van der Wielen M, Ansaldi F, et al. Rotavirus vaccines: considerations for successful implementation in Europe. Lancet Infect Dis 2006; 6:805–812.

CARACTERISTICA ERIZIPELULUI ÎN DEPENDENȚĂ DE LOCALIZAREA PROCESULUI ȘI FORMELE CLINICE

Liviu Iarovoi, Constantin Andriuță, Octavian Sajen, Irina Rusu, Lilia Cojuhari

Catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală

Summary

Characteristics of erysipel in relation to the localization of the process and clinical forms

Streptococcal infections are widely spread in human population. Although usually it has no severe complications, erysipel, has a sufficiently high incidence and this is why this disease represents the object of various scientific researches. Study of evolutionary peculiarities 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 30 patients with erysipel. This study aims to analyse the interdependence between the clinical type of the disease, localization of erysipel and its severity.

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 de recăderile frecvente ce se înregistrează la pacienți, precum și de impactul socio-economic al maladiei. În studiu au fost incluși 30 bolnavi de erizipel. Scopul lucrării constă în studierea corelațiilor dintre formele clinice, localizarea procesului 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, 21]. 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 streptococoză înregistrate [1, 2, 4, 9, 13, 19]. 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, 17]. Referitor la diverse zone climaterice ale fostei U.R.S.S., 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 streptococoză [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 30 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. Toți bolnavii erau adulți, cu vârsta cuprinsă între 26-77 ani, media constituind 58,3 ani, femeii fiind 23 (76,7%), bărbați 7 (23,3%). Media zilei-pat a bolnavilor spitalizați constituind 7,96. Din toți bolnavii supravegheați: 16 (53,3 %) au suportat erizipelul primar iar 14 (46,7%) -cel recidivant.

Rezultate obținute și discuții

Din toți bolnavii: 24 (80%) au suportat forma eritematoasă de erizipel, 3 (10%)-eritemobuloasă, 1 (3,3%) eritemo-hemoragică și 2 (6,7%)-bulo-hemoragică.

Erizipelul a fost localizat la 19 (63,3%) pacienți pe membrele inferioare și la 11 (36,7%) pe față. La 6 (20%) pacienți s-a constatat forma ușoară de erizipel, la 22 (73,3%) cea medie și la 2 (6,7%) - cea gravă (figura 1).

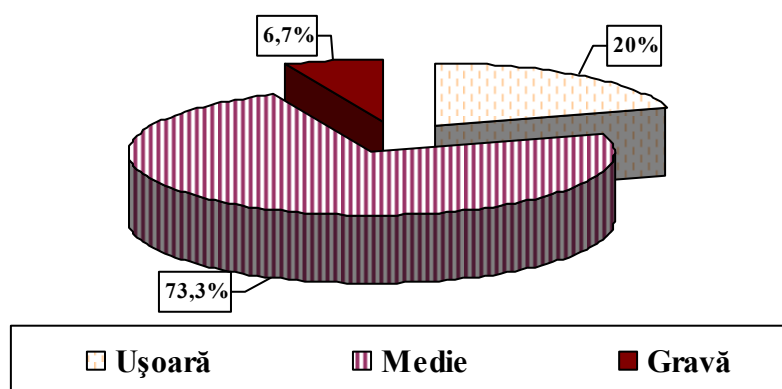


Figura 1. Ponderea formelor de gravitate ale erizipelului la bolnavii supravegheați

De menționat că prevalarea formelor medii de erizipel au mai depistat și A.Danilescu [11], Ужинова Е.П și coautorii [18], iar de M. Bala [10] forma menționată a fost precizată la 50,4% bolnavi.

În 27 (90%) cazuri erizipelul a decurs fără complicații, numai la 3 (10%) bolnavi s-au determinat următoarele complicații: la unul absces pe laba piciorului, la altul -parotidită bacteriană, la al treilea streptodermia gambei.

Din toți bolnavii la 19 (63,3%) erizipelul a fost localizat pe membrele inferioare-lotul I, iar la 11 (36,7%) pe față –lotul II. În lotul I erizipelul (figura 2) a decurs ușor la 3 (15,8%) bolnavi, în formă medie la 15 (78,9%) și grav la 1 (5,3%). La acești bolnavi erizipelul adesea era însoțit de limfangoiță limfadenita locală inghinală se putea complica cu apariția unui infiltrat dureros și cu înroșirea tegumentelor deasupra ganglionilor limfatici. La localizarea erizipelului pe față (lotul 2) s-a constatat o evoluție ușoară la 4 (36,4%) pacienți, cu gravitate medie - la 6 (54,5%) și cea gravă la un caz (9,1%).

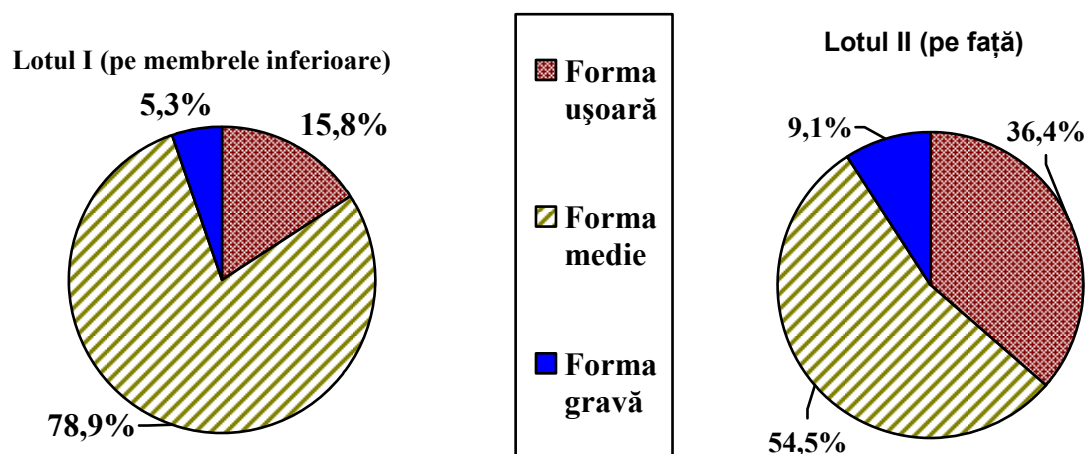


Figura 2. Frecvența diferitor forme de gravitate ale erizipelului în dependență de localizare

Astfel, s-a constatat o frecvență de 2,3 ori mai mare a formei ușoare a erizipelului în cazul localizării acestuia pe față, decât pe membrele inferioare. Totodată, erizipelul membrilor inferioare de 1,4 ori mai frecvent a avut o evoluție medie, 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 [20].

În prezent, diagnosticul de erizipel este stabilit în baza tabloului clinic caracteristic. Acest tablou clinic se caracterizează prin:

- debut acut al bolii însoțit de semne de intoxicație (febră, frisoane, uneori grețuri, vărsături și mialgii);
- localizarea preponderentă a procesului inflamator pe membrele inferioare și față;
- 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 [21]: 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.

Unii autori scot în evidență o anumită corelație între gravitatea maladiei și tipurile morfologice ale afecțiunii tegumentare:

- formele ușoare, de obicei, se manifestă prin afecțiunea eritematoasă a tegumentelor
- formele de gravitate medie - prin afecțiuni eritemo-buloase și eritemo-hemoragice
- formele grave - prin afecțiuni extinse eritemo-buloase și bulos-hemoragice cu complicații septicemice frecvente [16].

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

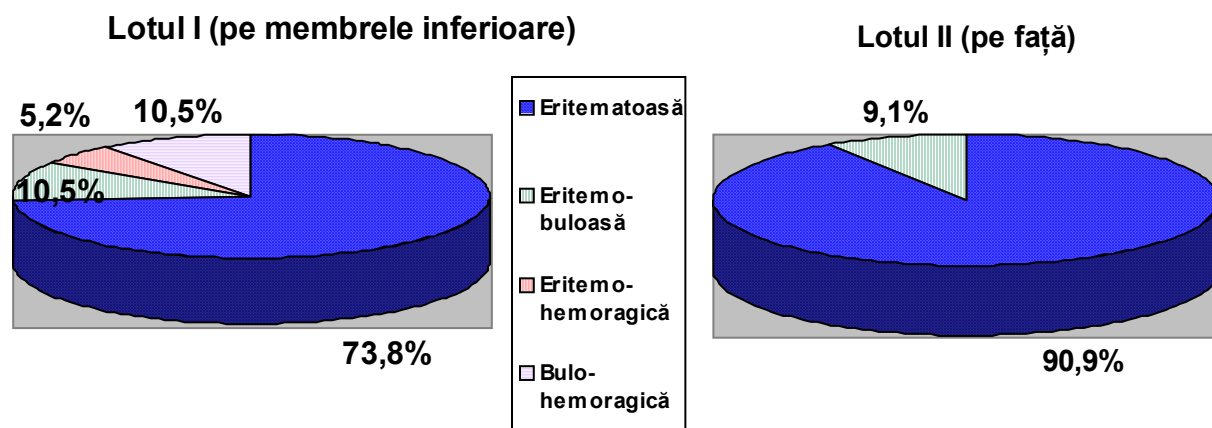


Figura 3. Frecvența formelor clinico-evolutive ale erizipelului în dependență de localizarea procesului

Analizând datele obținute am constatat că: forma eritmatooasă s-a depistat de 1,3 de ori mai frecvent la localizarea pe față, decât pe membrele inferioare. Rata formei eritemo-buloase era aproximativ aceeași atât la localizarea pe față, cât și pe membrele inferioare, formele eritemo-hemoragică și bulo-hemoragică înregistrându-se doar la localizarea erizipelului pe membrele inferioare(figura 3).

Concluzii

1. Din toți bolnavii erizipelul a decurs în formă ușoară la 20%, medie-la 73,3% și gravă –la 6,7%. La 63,3% bolnavi erizipelul era localizat pe membrele inferioare iar la 36,7% -pe față.
2. La 80% pacienți s-a diagnosticat forma eritematoasă de erizipel, la 10% -eritemo-buloasă, la 3,3% -eritemo-hemoragică și la 6,7% -bulo-hemoragică.
3. Erizipelul avea mai des o evoluție ușoară la localizarea acestuia pe față în comparație cu membrele inferioare.
4. Forma eritematoasă a erizipelului s-a înregistrat mai frecvent la localizarea procesului pe față, decât 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. ПОКРОВСКИЙ В.И. Медицинская микробиология. Москва: ГЭОТАР Медицина. 1999, с.194-197.
17. РЫСКИНД Р.Р., САМОТОЛКИН К.Н., ЛИЕНКО А.Б. Рожа у больных старших возрастных групп. Клиническая геронтология. 1997, №1, с.43-48.
18. УЖИНОВА Е.П., ГУДИНОВА Р.В., ДОВЛАЛЮК Т.И. Иммунологические аспекты рожи. Советская медицина. 1986, №6, с.111 -112.
19. ФРОЛОВ В.М., ПЕРЕСАДИН Н.А. Значение аутоиммунных реакций при лечении рожи. Врачебное дело. 1988, №9, с.107 - 110.
20. ЧЕРКАСОВ В.Л. Рожа. Москва: "Медицина". 1986, С.-75-77.
21. ЧЕРКАСОВ В.Л., ЕРОВИЧЕНКОВ А.А. Рожа: клиника, диагностика, лечение. Русский Медицинский Журнал, 1999, том 7, №8.

**PARTICULARITĂȚILE CLINICE, EPIDEMIOLOGICE ȘI DE
LABORATOR ALE MALARIEI TERȚE (cu Vivax și Ovale) DIN ULTIMII ANI**

Elena Mihnevici, C. Andriuță, Gh. Plăcintă, Natalia Mihnevici,

A. Panasiuc, Ana Pînzari

Catedra Boli Infecțioase, Tropicale și Parazitologie medicală
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

**Clinical, epidemical and laboratory aspects a three days
and ovale malaria in the last few years**

In this article we describe clinical, epidemical and laboratory aspects a three days malaria in 48 and malaria ovale in 16 patients, hospitalised in The Clinical hospital of infections „Toma Ciorba” in the last 15 years.

It is described 1 clinical situation with complications spleen rupture.

Rezumat

În acest articol sunt elucidate aspectele clinice, epidemiologice și de laborator la 48 pacienți cu malaria terță și 16 – ovale, internați în Spitalul Clinic de Boli infecțioase „T. Ciorbă” în ultimii 15 ani. Este descris un caz clinic complicat cu ruperea splinei.

Actualitatea temei

Malaria este cea mai răspândită parazitoză umană. În rezultatul realizării unor măsuri antiepidemice și profilactice complexe în Republica Moldova morbiditatea populației prin