

Bibliografie

1. Beard, C. M., R. C. Benson, Jr., P. P. Kelalis, L. R. Elveback, and L. T. Kurland. 1977. The incidence and outcome of mumps meningitis in Rochester, Minnesota, 1935 to 1974. Mayo Clin. Proc., 52 p.3-7
2. Casella, R., B. Leibundgut, K. Lehmann, and T. C. Gasser. 1997. Mumps meningitis: report of a mini-epidemic. J. Urol. 158 p.2158-2161
3. Cazantev A.P. Parotidita epidemică, 1988.
4. Ku, J. H., Y. H. Kim, Y. S. Jeon, and N. K. Lee. 1999. The preventive effect of systemic treatment with interferon-alpha2B for mumps meningitis. BJU Int. 84 p.839-842
5. Manson, A. L. 1990. Mumps meningitis 36 p.355-358
6. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. Москва, 1978, стр.27-33

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EPIDEMIOLOGICE, DE EVOLUȚIE ȘI DE DIAGNOSTIC ALE MONONUCLEOZEI INFECȚIOASE (MI) CU EBV LA COPIII DE VÂRSTĂ PREȘCOLARĂ

Stela Cornilov

Catedra de Boli infecțioase pentru copii USMF „Nicolae Testemițanu”
Spitalul Clinic Municipal Boli infecțioase la copii

Summary

„The infectious mononucleosis of ebv at kids – clinical and epidemiological aspects, evolutions and possibilities of diagnostics”

The clinical, epidemiological and hematological aspects of infectious mononucleosis are described in this article. It was also showed serological diagnostics of 120 kids who were hospitalized in the Municipal Children's Infectious Diseases Hospital during the last seventh years.

Rezumat

În acest articol sunt prezentate aspectele clinico-epidemilogice, hematologice și de diagnostic la 120 copii de vîrstă preșcolară cu mononucleoză infecțioasă cu EBV spitalizați în SCMBCC în perioada anilor 2000-2007.

Introducere

Infecția cu EBV este ubicuitară. Gradul de infectare a populației cu EBV este foarte înalt, atingând 80-95% la populația adultă și în mare măsură depinde de nivelul socioeconomic al țării (1, 2, 4). În cazul țărilor în curs de dezvoltare incidența maximă a primoinfecției cu EBV revine copiilor pînă la 5 ani - 50-60%, comparativ cu țările dezvoltate - doar 10%, maximal înregistrîndu-se la adolescenți (70%) (2, 3, 5).

În Republica Moldova gradul de infectare (seroprevalența) a populației cu EBV este foarte înalt – (90-95% din populația adultă) (2, 6, 7). Incidența medie anuală în 1992-2002 a MI a constituit 0,97 la 100.000 populație, însă a crescut considerabil în ultimii ani: (1,17; 2,22; 2,41; 3,53; 1,56; 1,97; 2,23; 2,97) pentru anii 2000-2007.

Infecția cu EBV se caracterizează prin polimorfism clinic cu evoluție acută, latentă și subclinică cu persistență virală și reactivări (9, 10). Doar în 40-50% din cazuri boala evoluează cu un tablou clinic tipic de mononucleoză infecțioasă, în celelalte cazuri – se manifestă ca o infecție respiratorie acută sau decurge asimptomatic (4, 6, 10). În 15 – 25% din cazuri virusul Epstein-Barr poate fi detectat în saliva persoanelor adulte seropozitive. Doar în 5% din cazuri se poate stabili un contact epidemiologic cu persoane bolnave.

În cazul MI cu EBV apar două tipuri de anticorpi: nespecifici și specifici (1, 11). Anticorpul nespecific apar la 40-60% din pacienți spre finele primei săptămîni de boală, iar spre a 3 – 4-a săptămîna se determină la 80-90% pacienți (1, 6, 8, 9). La copiii în vîrstă sub 5 ani în MI anticorpul heterofil se detectează doar în 40-50% cazuri (2, 9). Aceste date, cît și faptul că în Republica Moldova incidența maximă a MI se înregistrează la copiii sub 7 ani, impune investigarea serologică cu determinarea anticorpilor specifici anti EBV (2, 6).

Scopul lucrării

Studierea și evaluarea particularităților clinico-epidemiologice, de evoluție și de diagnostic la copii de vîrstă preșcolară spitalizați în SCMBCC cu diagnosticul de mononucleoză infecțioasă cu EBV.

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 159 pacienți cu MI spitalizați în SCMBCC pe parcursul anilor 2000-2007, din ei 120 au fost copii cu vîrstă preșcolară. Toți bolnavii au fost supuși examenelor clinice și paraclinice: hemoleucograme cu determinarea limfocitelor atipice (“celule albastre”); examene biochimice: bilirubina serică și fracțiile ei, ALAT, ASAT, testul cu timol, β -lipoproteidele; testul serologic rapid la anticorpi heterofili a MI (reacția de aglutinare pe lamă). La toți pacienții s-au cercetat și markerii serologici ai infecțiilor cu Epstein-Barr virus (EBV VCA IgM, EBV VCA IgG, EBV EAD IgG, EBV NA IgG), cu Cytomegalovirus (IgM, IgG) și cu virusurile hepatitice B și C (AgHBs, anti HBcor sum, anti HCV), Chlamydia trachomatis (IgM și IgG) și Toxoplasma gondii (IgM, IgA, IgG) prin ELISA. La 8 pacienți s-a investigat prezența ADN EBV prin PCR (polimerase chain reaction) în sîngele periferic.

Rezultatele obținute și discuții

Conform datelor obținute în urma studiului retrospectiv a pacienților internați în SCMBCC pe perioada anilor 2000-2007, au predominat copiii de vîrstă preșcolară (figura 1).

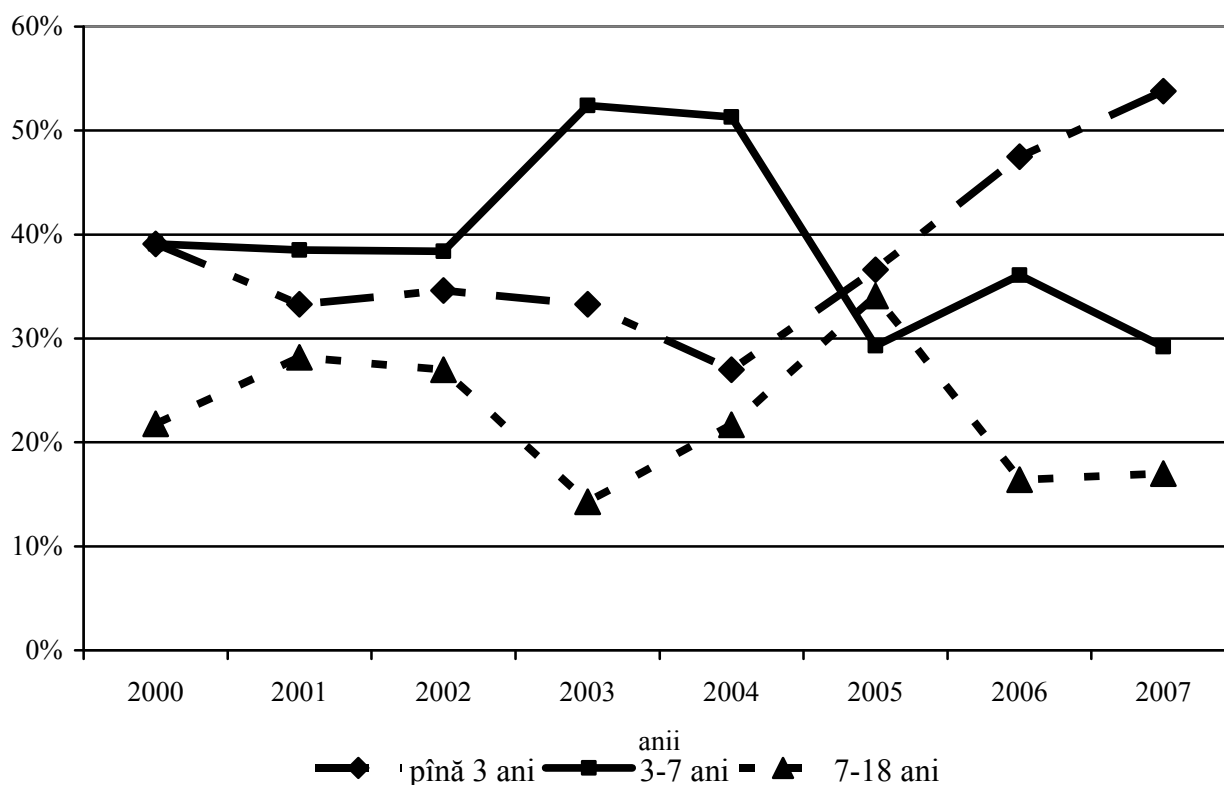


Figura 1. Repartizarea după vîrstă a pacienților internați în SCMBCC în anii 2000-2007

Lotul de studiu a fost alcătuit din copii pînă la 1 an (4 - 3,3%), copii cu vîrsta între 1 – 3 ani (55 - 45,8%) și cu vîrsta între 3 – 7 ani (61 - 50,9%), cu predominarea băieților – 83 (69,2%). Majoritatea (65,8%) copiilor s-au internat în staționar în perioada rece a anului (lunile IX – IV). În 87 (72,5%) cazuri copiii din studiu frecventau colectivități (grădinițe, școli, etc.).

În primele 7 zile din debutul bolii s-au internat circa 2/3 (79 - 65,8%) din bolnavii cu MI cu EBV, în 8 (6,7%) cazuri peste 2 săptămîni. Pînă la internare în staționar 69 (57,5%) copii au primit terapie cu antibiotice. În 41 (34,2%) cazuri a fost prescrisă ampicilina și amoxicilina. În toate cazurile inițierea terapiei antibacteriene în condiții de ambulator nu a condus la ameliorarea stării generale.

Diagnosticul de trimitere la spitalizare a fost: amigdalită purulentă - în 55 (45,8%) cazuri, MI - în 41 (34,2%) cazuri, hepatită virală - în 6 (5,0%) cazuri (figura 2). În 26 (21,6%) cazuri s-a determinat contact cu bolnavi infecțioși (mononucleoză infecțioasă, infecții respiratorii acute, amigdalite, etc.).

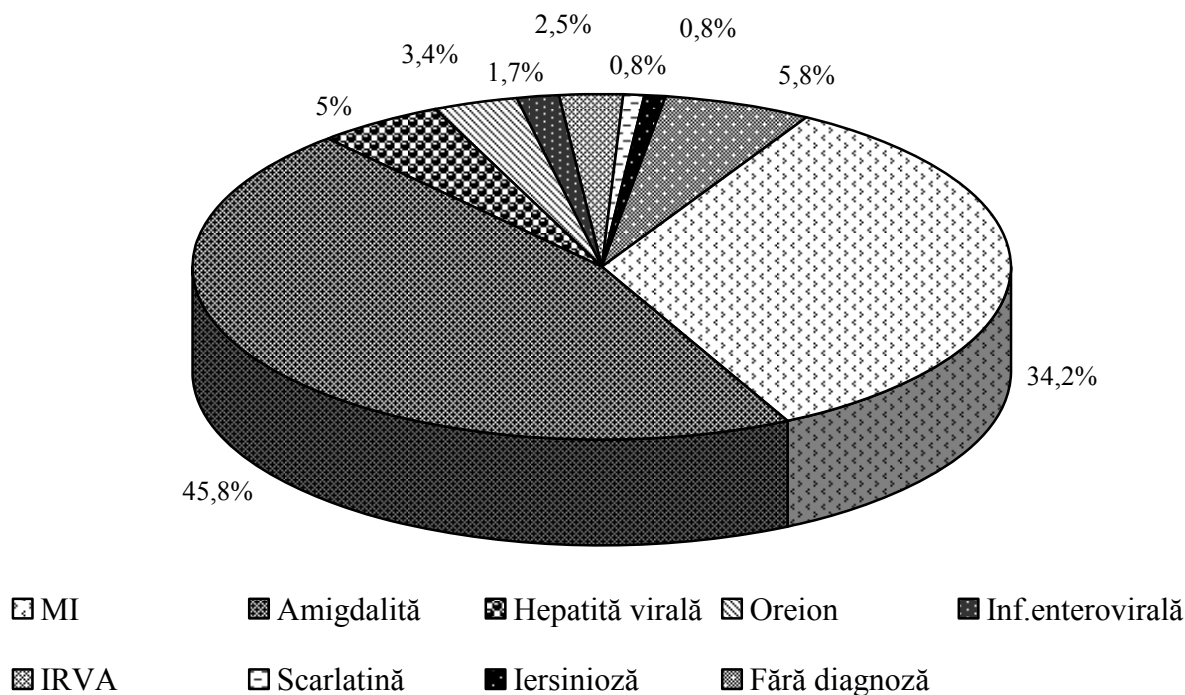


Figura 2 Diagnosticul de trimitere la spitalizare a copiilor cu MI

La momentul internării în staționar 88 (73,3%) pacienți erau în stare de gravitate medie, și în stare gravă - 32 (26,7%). Debutul bolii în 87,5% din cazuri a fost acut cu: febră - la 99,2%, respirația nazală dificilă - la 75%, dureri în gât - la 86,6%, dureri abdominale - la 33,3%, rinoree seroasă - la 15,8% copii. La 13 (10,8%) pacienți s-a observat erupții maculo-papuloase sau rozeoloase. De menționat că 8 din ei au primit tratament cu ampicilină sau amoxicilină pînă la internare în staționar.

Amigdalită eritematoasă s-a determinat la 23 (19,2%) pacienți, din ei s-a constatat amigdalită foliculară sau lacunară - la 92 (76,6%), iar necrotică - la 5 (4,2%).

Poliadenopatia era prezentă în momentul internării la toți pacienții, prin ganglioni limfatici tumefiați, separat sau în conglomerate, consistenți, nedureroși, neaderenți, nesupurativi și fără schimbări a țesuturilor adiacente, indolori sau puțin sensibili la palpate, cu afectare preponderent simetrică și situați în lanț. Ganglionii limfatici submandibulari erau tumefiați la 99,2% copii : cu dimensiuni pînă la 1 cm în 45,8% cazuri, 2 cm - în 38,4%, 3 cm - în 10%, pînă la 5 cm - în 5% cazuri ; ganglionii laterocervicali - la 95,8%, cervicali posteriori - la 91,7% copii.

Hepatomegalia a fost apreciată în 118 (98,3%) cazuri. Ficatul depășea rebordul costal drept cu 2-3 cm - la 77 (64,2%) copii, 4-6 cm - la 34 (28,3%) copii.

Splenomegalie de diferit grad s-a apreciat la 80 (66,7%) pacienți: pînă la 1cm sub rebordul costal - la 23 (19,2%), 2-3cm - la 39 (32,5%) și 4-5 cm - la 18 (15%) copii.

Analizele generale a sîngelui în primele zile de internare în staționar s-au caracterizat prin anemie grI-II la 32 (26,6%) pacienți, leucocitoza s-a apreciat doar la 44 (36,6%). La majoritatea

(61,7%) bolnavilor hemoleucogramele au pus în evidență prezența limfocitozei cu monocitoză și limfocite atipice fiind detectate în 70 (58,3%) cazuri. VSH accelerat a fost în 37 (30,8%) cazuri.

Hipertransaminazemia a fost evidențiată la 35 (29,2%) copii, cu valorile ALAT între 49-150 UI/oră - la 24 (20%), 150-250 UI/oră - la 7 (5,8%), peste 250U UI/oră - la 4 (3,4%) copii. Icterul a fost prezent la 5 (4,2%) pacienți, iar valorile bilirubinei generale cu predominarea fracției directe peste 100 mmol/l s-au înregistrat doar la 1 bolnav.

Diagnosticul de mononucleoză infecțioasă cu virusul Epstein-Barr a fost stabilit în baza datelor clinico-epidemiologice, hematologice și a investigațiilor serologice specifice (ELISA), considerându-se prezența anticorpilor specifici pentru infecția cu EBV și absența markerilor serologici ai altor infecții (CMV, HSV tip 1 și 2, virusurile hepatitice B și C, Chlamydia trachomatis și Toxoplasma gondii). În urma investigațiilor serologice efectuate la 63 (52,5%) copii s-a determinat prezența anticorpilor specifici către antigenul capsidului viral și antigenului precoce (VCA IgM, VCA IgG, EA IgG) și absența anticorpilor specifici către antigenul nuclear (EBNA IgG); la 7 (5,8%) copii au fost decelați anticorpi specifici către antigenul nuclear (EBNA IgG) și antigenul capsidului viral (VCA IgG) în absența VCA IgM, EA IgG; la 38 (31,7%) s-a apreciat prezența anticorpilor specifici către EBNA IgG și VCA IgG și/sau VCA IgM și EA IgG; la 12 (10%) la prima investigație serologică toți markerii infecției cu EBV au fost negativi. La 8 bolnavi în urma investigației prin PCR în sângele periferic s-a determinat prezența ADN-ului EBV.

Toți copiii au urmat tratament patogenetic, sindromal și antibacterian - în 113 (94,2%) cazuri. În 55 (45,8%) cazuri pacienții au urmat câte o cură de tratament (cu o durată de 5 sau 10 zile) cu α -interferon recombinant (Viferon) în doze corespunzătoare vârstei. În formele severe de MI cu risc de obstrucție a căilor respiratorii și splenomegaliei marcate 32 (26,7%) pacienți au urmat tratament cu corticosteroizi (prednizolon, dexametazon) în doze de 1-2 mg/kg/zi, 3-5 zile.

La momentul externării din staționar limfadenopatia submandibulară era prezentă la 119 (99,1%), predominând dimensiunile 0,5 cm - la 74 (61,7%), 1 cm - la 37 (30,8%), 2 cm - la 8 (6,6%) copii. Ganglionii laterocervicali măriți se determinau la 112 (93,3%), cei cervicali posteriori - la 109 (90,8%) bolnavi. Hepatomegalia la externare persista la 113 (94,1%) copii, la 1 cm sub rebord costal drept în 27 (22,5%), 2-3 cm - în 81 (67,5%), 3-5 cm - în 5 (4,1%) cazuri. Splenomegalia în dinamică persista la 47 (39,2%) copii, cu 1 cm sub rebord costal stîng la 25 (20,8%), cu 2 cm la 11 (9,2%), cu 3-5 cm la 11 (9,2%) bolnavi.

Este necesar de menționat că, la externare în analiza generală a sîngelui, în 66 (55%) cazuri persista limfocitoza, cu prezența limfocitelor atipice la 49 (40,8%) bolnavi (tabelul 1). Hipertransaminazemia la momentul externării se evidențiază la 9 (7,5%) copii, cu valorile transaminazelor peste 150 UI/oră doar la un pacient.

Tabel 1. Modificările în analiza generală a sîngelui la copiii cu MI incluși în studiu

Parametrul hematologic/ momentul testării		La momentul internării în staționar		La momentul externării din staționar	
		n	%	n	%
Anemie		32	26,6	21	17,5
Leucocitoză		44	36,6	10	8,3
Normocitoză		76	63,3	110	91,7
Limfocitoză		74	61,7	66	55
Limfocite atipice	Prezente	70	58,3	49	40,8
	10-30%	16	13,3	18	15
	30-50%	54	45	31	25,8
Neutrofilie		19	15,8	-	-
SH	V Normal	83	69,2	101	84,2
	Accelerat	37	30,8	19	15,8

Evoluția bolii la toți pacienții a fost benignă. Durata medie de spitalizare a fost de 10,5 zile (între 6 – 29 zile).

În catamneză (la 1, 3 și 6 luni după externare) au fost supravegheați 26 convalescenți. Peste o lună după externare adenopatia generalizată (preponderent laterocervicală cu dimensiuni până la 0,5-1,0 cm) era prezentă la 23 copii; hepatomegalie moderată (1-3 cm sub rebordul costal) – la 21 copii ; splenomegalie – la 10 copii. După 3 luni din momentul externării poliadenopatia era prezentă – la 19 bolnavi, hepatomegalie - la 16 pacienți, splenomegalie – la 2 copii. După 6 luni doar în cazuri unice s-a apreciat poliadenopatie, hepatomegalie, splenomegalie. Hemoleucogramele efectuate în catamneză s-au caracterizat prin normocitoză la toți pacienții. Limfocitoză s-a păstrat până la 3 luni de catamneză la majoritatea bolnavilor, limfocite atipice fiind depistate în cazuri unice, după 1 lună din momentul externării. Peste o lună după externare indicii transaminazelor au revenit la valori normale.

La examenul serologic specific (determinarea anticorpilor specifici anti EBV) efectuat în dinamică la 26 copii supravegheați, la 3 și 6 luni, au dispărut markeri caracteristici pentru perioada acută a bolii (EBV VCA IgM, EBV EA IgG) și au apărut anticorpi caracteristici perioadei de convalescență (EBV VCA IgG și EBV EBNA IgG).

Discuții

Conform autorilor (Burke A. Cunha), în țările dezvoltate morbiditatea prin MI atinge cifre maxime în grupurile de vîrstă 15 – 19 ani. Incidența medie anuală prin MI la copiii pînă la 10 ani constituie 2-4 cazuri la 100.000 populație, iar la adolescenți cu vîrsta între 15-19 ani atinge nivelul de 345-671 la 100.000 populație. Datele, care elucidează situația în țările aflate în perioada reformelor economice, denotă o trecere prin infecția cu virusul Epstein-Barr la o vîrstă mai fragedă și respectiv o seroprevalență mai înaltă la marcherii acestei infecții. În țările Americii Latine, Africii Centrale, Asiei de Sud ponderea primoinfecției cu EBV la copiii cu vîrsta pînă la 4 ani atinge nivelul de 80-90%. Astfel, în Rusia prezența anticorpilor specifici către EBV se determină la 60% copii pînă la 2 ani și 80-90% adulți, iar incidența maximă a mononucleozei infecțioase se înregistrează în grupul de vîrsta între 2-5 ani – 43,8%, preponderent la copiii ce frecventează colectivități (15). Conform datelor Бобровицкая А.И. MI la copii pînă la 7 ani s-a determinat în 70,5% cazuri, iar la cei peste 7 ani – în 29,5% cazuri (10). Conform autorilor americani (Schooley R.T., Burke A. Cunha) doar în 5% cazuri se poate stabili un contact epidemiologic cu bolnavi infecțioși (5). Astfel, structura de vîrstă a morbidității prin MI la copii în RM respectă legitățile urmărite în alte țări cu același statut socio-economic.

Datele prezentate de autorii ucraineni (Харченко Ю.П.) demonstrează prezența sindromului astenic în 97,5% cazuri, febrei în 98,13%, respirației nazale dificile în 80,63%, vomă în 6,88%, erupții maculo-papuloase în 20,63% cazuri (16). Conform informației prezentate de autorii americani (Mark H. Ebell) fatigabilitate este depistată în 93% cazuri, febră în 93% și respirație nazală dificilă în 60-68% cazuri, rash maculo-papulos este detectabil în 13-15% cazuri (8). Datele obținute în urma studiului nostru corespund cu rezultatele studiilor din alte țări.

Conform studiului efectuat în Rusia de către Бобровицкая А.И. și coautorii amigdalită pultacee a fost observată la toți pacienții, amigdalită foliculară la 17,3% bolnavi, amigdalită lacunară la 75,4% și necrotice la 7,3% pacienți (10). Autorii din SUA (Schooley R.T.) cît și cei din Ucraina (Харченко Ю.П.) prezintă date conform cărora amigdalită cu depuneri purulente a fost depistată la 83,75% pacienți, inclusiv în 4,48% cazuri – amigdalită pseudomembranoasă. Rezultatele obținute de noi reflectă aceeași situație. Poliadenopatia generalizată a fost remarcată în 93-95% cazuri în sursele tuturor autorilor străini (5, 8, 9, 16). Sindroamele menționate au fost urmărite cu aceeași regularitate și de către noi, în studiul prezentat. Autorii din Rusia (Родионова О.В. și Бобровицкая А.И.) denotă prezența hepatomegaliei la bolnavii cu MI în 59,0% cazuri (10, 14), iar studiile efectuate de Харченко Ю.П. din Ucraina determină prezența hepatomegaliei în 79,38% cazuri (18). Autorii georgieni (Murray P.R., Rosenthal K.S.) au apreciat prezența splenomegaliei în 50% cazuri (9). În studiul nostru, hepatomegalia s-a depistat la 92,5 %,

splenomegalia – 66,7%, mai frecvent decât la autorii citați. Acești pacienți au fost examinați la marcherii hepatitelor virale (VHB, VHC, VHA), rezultatele fiind negative.

Autorii ucraineni (16) determină prezența în analiza generală a sângelui a anemiei în 12,5% cazuri, leucocitozei pînă la administrarea terapiei cu antibiotice în 72,5% cazuri, iar după începerea terapiei antibacteriene în 41% cazuri, limfocitoza a fost observată la 94,38% copii, limfocite atipice fiind detectate în 95,63% cazuri. VSH accelerat a fost la 52,54% pacienți (18). În cazul studiului efectuat de noi leucocitoza în hemoleucograme s-a observat mai rar, fapt care poate fi cauzat de internarea tardivă a pacienților în staționar (după 7 zile din debutul bolii s-a internat în staționar 34,2%).

Conform datelor autorilor ruși (11, 13, 16) valorile crescute a transaminazelor au fost puse în evidență la 22,8% copii. Aceste cifre sunt confirmate și de rezultatele examenelor efectuate de noi (hipertransaminazemie a fost evidențiată la 29,2% copii). Autorii americani (9) denotă prezența icterului la aproximativ 5% pacienți. Rezultatele studiului nostru denotă prezența hiperbilirubinemiei la 4,2% pacienți, ce respectă legitățile depistate în alte țări.

În studiul prezentat de autorii (Харченко Ю.П., Проскуріна Г.О.) au fost examinate particularitățile evoluției MI la copiii din regiunea Півдня України (supravegheați și tratați în condiții de ambulator și staționar), care au avut evoluție ușoară la 10,43% copii, gravitate medie – la 71,88% și gravă – la 17,69% copii (16). În cazul studiului nostru maladia a avut o evoluție gravă mai frecvent, acest fapt poate fi explicat prin specificul lotului de examinare, unde s-au inclus doar copiii care au avut indicații pentru terapie în condiții de staționar.

Conform autorilor americani în cazul reacțiilor serologice efectuate pentru determinarea anticorpilor heterofili, reacții fals-pozitive se înregistrează în 25-50% cazuri la copii cu vârsta pînă la 5 ani și în 10% cazuri la adulți (1, 3, 4, 5, 8, 9). Aceste date și incidența maximală a MI la copiii preșcolari impun examinarea serologică la marcherii specifici către EBV.

Sursele de specialitate accentuează importanța efectuării investigațiilor serologice cu determinarea anticorpilor specifici anti EBV. Conform (1, 3, 4, 5), în circa 75%-90% agentul etiologic al maladiei este virusul Epstein-Barr, iar în 20% - cytomegalovirusul. Anticorpi specifici apar contra principalelor antigene EBV, dar timpul apariției și semnificația lor e diferită. Anti VCA IgM apar precoce, din prima săptămîină de boală și denotă primoinfecția EBV. Anti VCA IgG de asemeni apar precoce în cazul primoinfecției cu EBV, dar se păstrează în titre moderate toată viața. În 70% cazuri în primele săptămîni de MI se determină anti EA IgG care dispar repede, dar pot reapărea în cazul reactivării infecției EBV latente. Anti EBNA IgG apar tardiv și persistă toată viața. Apariția acestor anticorpi la un bolnav care anterior a fost pozitiv anti VCA și negativ anti EBNA dovedește o primoinfecție EBV recentă (seroconversia) (1, 3, 4, 5). În cazul studiului nostru la prima investigație serologică în 10% cazuri toți marcherii infecției cu EBV au fost negativi.

Mark H. Ebell propune următorul algorit de diagnostic în cazurile suspecte pentru mononucleoză infecțioasă (figura 3).

Sursele altor studii efectuate (10,14) denotă prezența hepatomegaliei la momentul externării la în aproximativ 70% copiii. Datele obținute în studiul nostru denotă o persistență mai frecventă a hepatomegaliei (94,1%), ceea ce se poate explica prin durata spitalizării relativ scurtă (7-8 zile). Analizele generale a sîngelui efectuate la externare din staționar conform altor autori (10, 14) se caracterizau prin menținerea limfocitozei la 51,5% pacienți, cu prezența limfocitelor atipice în 17,4% cazuri, cu confirmarea datelor obținute în studiul efectuat de noi. Parametrii biochimici reveneau la normă spre finele săptămîinii a doua din momentul îmbolnăvirii, aceste date fiind relatate și de alți autori (10, 14).

Concluzie

Mononucleoză infecțioasă la copiii de vîrstă preșcolară incluși în studiu s-a manifestat prin sindroame clinice tipice (febră, poliadenopatie generalizată, amigdalită, hepatosplenomegalie) și date hematologice caracteristice, evoluînd în forme medii (78,3%) și grave (21,7%), cu sporirea numărului de cazuri în lunile reci ale anului.

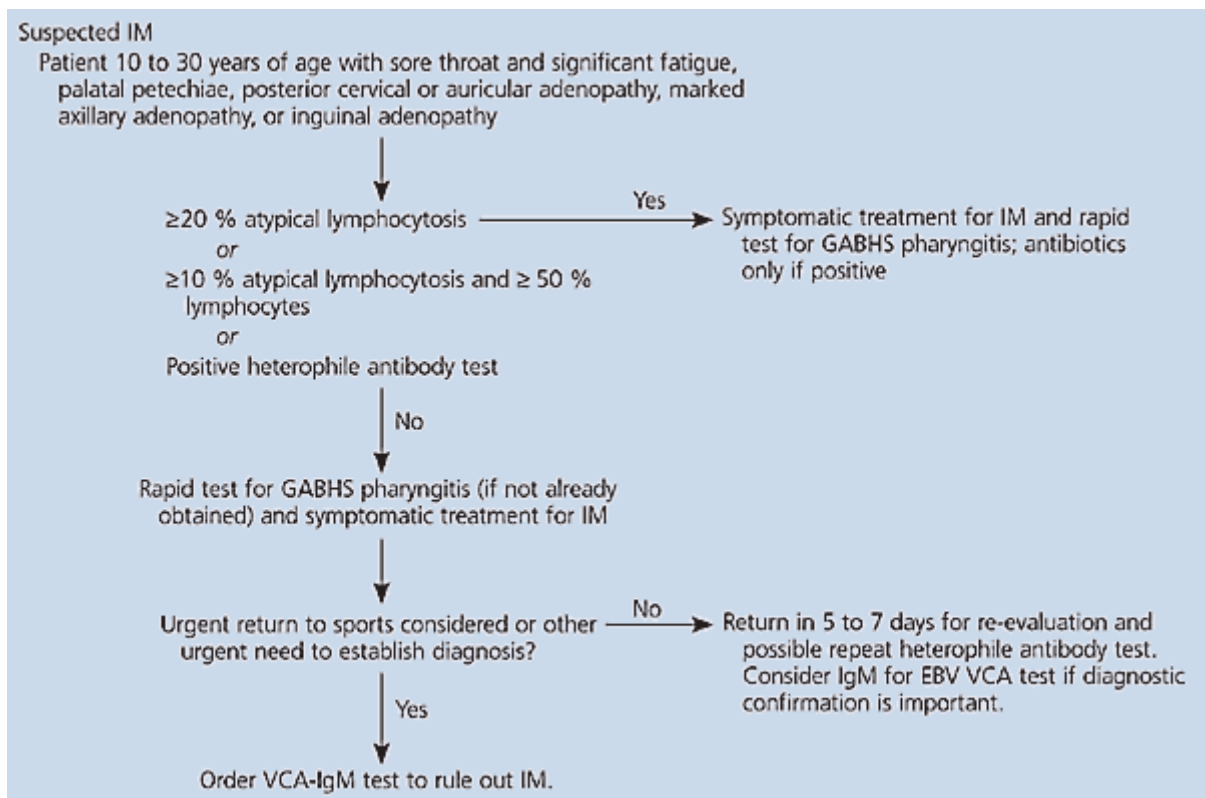


Figure 3. Algorithm for the management of suspected infectious mononucleosis. (IM = infectious mononucleosis; GABHS = group A beta-hemolytic streptococcus; VCA = viral capsid antigen; EBV = Epstein-Barr virus)

Bibliografia

1. "The Increasing Importance of Cytomegalovirus, Epstein-Barr Virus and the Human Herpesviruses Types 6, 7 and 8" Recommendations from the International Herpes Management Forum, 1995, 34 p.
2. Bîrca L., Rusu G., Spânu C., Prisacari V., Cornilov S., "Opțiuni de perfecționare a criteriilor de diagnostic în mononucleoza infecțioasă la copii" în "Analele Științifice a USMF "N.Testemițanu"", ediția V, volumul III, 2004.
3. Glenna B Winnie, "Mononucleosis and Epstein-Barr Virus Infection", eMedicine Journal, 2002, Volum 3, Number 4.
4. Gregory A. Storch "Diagnostic Virology" Clinical Infectious Diseases 2000; 31:739-751.
5. Schooley RT. Epstein-Barr virus (Infectious mononucleosis). Chapter 128 in Mandell GL, Bennett JE, Dolir R – Principles and practice of infectious diseases. Fift edition, 2000, p. 1599-1613.
6. Spinu C., Birca L., Vutcariov V., et al. "Seroprevalence of herpesviruses in blood donors from the Republic of Moldova» IHMF Annual Meeting Abstracts • HERPES 11:1 2004.
7. Grotto I, Mimouni D, Huerta M, Mimouni M, Coher D, Robin G, et al. „Clinical and laboratory presentation of EBV positive infecțioasă mononucleosis in young adults.” Epidemiol Infect. 2003; 131: 683-9.
8. Mark H. Ebell, M.D., M.S., „Epstein-Barr Virus Infectious Mononucleosis”, American Family Physician, octomber 1, 2004, p.1289-1299
9. Murray P.R., Rosenthal K.S., Kobayashi G.S. and Pfaller M.A., „Infectious mononucleosis”, MEDICAL MICROBIOLOGY, 3rd Edition. p.430-434
10. Бобровицкая А.И., Кучеренко Н.П., Бемомеря Т.А., "Общий реактивный потенциал при поражении печени у детей с инфекционным мононуклеозом"// www.medsocium.com/

11. Зайцева И.А., Зрячкин Н.И.: "Клиническая картина и результаты лаб.-инструм. исследования больных инфекционным мононуклеозом" Матер. I Конгресса педиатров-инфекционистов России «Акт. Вопросы инфекционной патологии у детей»-М.,2002.-С. 55-56.
12. Краснова Е.И., Васюнин А.В., Никифорова Н.А.: "Клиника и диагностика инфекционного мононуклеоза у детей грудного возраста" Детские инфекции - 2004.- № 1.-С. 6-10.
13. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А., Сарсания Ж.Ш. "Клинические формы хронической Эпштейна-Бара вирусной инфекции: вопросы диагностики и лечения", Лечащий врач. 2003. №9.
14. Родионова О.В., Аксенов О.А., Букина А.А., "Инфекционный мононуклеоз: клиника, новые подходы к диагностике и терапии у детей"//Рос. Вестн. Перинатологии и педиатрии.- 2001.-№ 1.-с.56-61
15. Симованьян Э.Н., Денисенко В.Д., Сарычев А.М., " Хроническая инфекция вируса Эпштейна-Бара у детей: современные аспекты диагностики и лечения", Педиатрия – приложение к Consilium medicum, том 08/№ 2/2006
16. Харченко Ю.П., Михайлова А.М., Проскуріна Г.О., "Клініко-епідеміологічні особливості інфекційного мононуклеозу у дітей Півдня України"// Одес. Мед. Журнал. - 2005. № 5.- с.82-84

INFECȚIA ROTAVIRALĂ – PARTICULARITĂȚI CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ȘI OPȚIUNI DE PROFILAXIE

Ludmila Bîrca, Constantin Spînu, Galina Rusu, Vasile Sohoțchi, Radu Cojocar, Stela Gheorghîța, Tatiana Juravliov

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă MS RM
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Summary

Rotavirus infection – clinical and epidemiological features, option of prevention

In this paper is described the clinical and epidemiological aspects of rotavirus infection at children. Rotavirus vaccines are entering a new stage of deployment toward the goal of reducing morbidity and mortality attributed to rotavirus infection.

Rezumat

Sunt elucidate particularitățile clinico-epidemiologice ale infecției rotavirale în Republica Moldova la copii și posibilitățile implementării vaccinului rotaviral pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea prin infecția rotavirală.

Actualitatea temei

Boala diareică acută (BDA) prezintă o problemă importantă de sănătate publică pentru întreaga lume, îndeosebi pentru țările în curs de dezvoltare. Anual sunt înregistrate circa 1000 mln cazuri de îmbolnăvire și 4 mln cazuri letale la copii sub 5 ani, cauzate de maladiile menționate. Fiecare copil din acest grup de vârstă face anual, în medie, câte 5 epizoade de diaree. Odată cu vârsta ponderea acestei afecțiuni scade substanțial. În Republica Moldova anual se înregistrează în medie 10 mii cazuri de BDA cu etiologie nedeterminată, inclusiv cazuri letale la copii până la 5 ani. În ultimii ani se observă o creștere a morbidității atât prin boli diareice acute cu etiologie determinată (cu 19%) cât și prin cea cu etiologie nedeterminată (cu 12%).

Rotavirusul (RV) este unul din cei mai importanți agenți cauzal ai bolii diareice acute deshidratante și este implicat în 12,0-71,0% din cazurile de gastroenterită acută spitalizate. În țările dezvoltate rotavirusurile cauzează de la 1/3 până la 1/2 din toate diareile grave. Astfel, în