

modificări. Tomografia computerizată – fără modificări. Oftalmoscopia – focare retiniene vechi, atrofia partiala a nervului optic OD.EEG – semne de hipertensiune intracraniană.

Diagnosticul definitiv: Toxoplasmoza congenitală cronică cu afectarea ochilor și SNC.

Tratamentul specific: Daraprin 12,5 mg * 2 ori/zi în asociere cu Biseptol 5 ml * 2 ori/zi, în timp de 5 zile - în total trei cure cu interval de 10 zile.

Starea în dinamică cu ameliorare.

Concluzii

1. În toxoplasmoza congenitală subacută procesul patologic este destul de activ, manifestându-se deacum prin afectarea ochilor și a sistemului nervos central și prin depistarea antitoxo IgM prin ELISA.

2. La bolnavii cu toxoplasmoză congenitală cronică s-a dezvoltat afectarea organică gravă a ochilor în 20,0%, în 80,0% cazuri fiind în asociere cu afectarea sistemului nervos central.

3. Confirmarea diagnosticului de toxoplasmoză s-a efectuat prin reacția ELISA cu depistarea antitoxo IgM, în caz de toxoplasmoză subacută și antitoxo IgG, în toxoplasmoza congenitală cronică. Concomitent, la mamele pacienților a fost diagnosticată toxoplasmoza dobândită.

4. Din păcate, diagnosticarea toxoplasmozei congenitale în toate cazurile au fost tardivă, ceea ce a dus la patologia organică gravă. Pentru prevenirea dezvoltării toxoplasmozei congenitale este necesar examinarea gravidelor în primul semestru al sarcinii.

Bibliografie

1. Ambrosie – Thomas P., Schweitzel M., Pinon I.M: et al. Prevention of congenital toxoplasmosis

in France. Bull. Acad. Natl. Med., 2001, 185(4): p. 665- 683.

2. Andrews J.I. Diagnosis of fetal infections. Cure. Opin. Obstet. Ginecol., 2004, vol. 16, no 2, p 163-166.

3. Buffolano W., Beghetto E., Spadoni A et al. Use of recombinant antigens for Earey Postnatal Diagnosis of Congenital Toxoplasmosis. Bull. Departament of Infections Diseases, Italy, 2005.

4. Logar J., Petrovec M., Novak – Antolic Z. Et al. Prevention of congenital toxoplasmosis în Slovenia by serological screening of pregnant women. Scand J. Infect Dis. 2002, p. 201-204.

PARTICULARITĂȚILE CLINICE ALE AMIBIAZEI INTESTINALE LA MOMENTUL ACTUAL

**Galina Rusu, Tatiana Alexeev, Victor Mușuc, Angela Vămășescu,
Irina Bunescu, Ana Pașnin**

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

Summary

Clinical peculiarities of intestinal amebiasis in present time

The research was performed in SCMBCC on 116 patients diagnosed with Intestinal amebiasis in 2007. The disease affected children of the age of 0-2 in 83,62% of cases (97 patients), the age of 3 to 6 years in 12,93% of cases (15 patients) and the age of 7 to 17 in 3,44% of cases (4 patients), with the prevalence of male in 52,59% (61 patients), versus female 47,42% (55 patients). In 87% of all cases the disease had evolved on a unfavorable ground of the following simultaneous diseases: acute respiratory infection, ascariasis, urinary infections, tonsillitis.

In 81,89% of cases(95 patients) the disease had a moderate evolution, in 17,24% of cases (20 patients) the evolution was severe, and in 0,86% of cases (1 patient) the evolution was very severe. Complications occurred in 12,93% of cases (15 patients), with toxic nephritis in 7,79 % (9 cases) and acetonemic vomiting 5,17%(6 cases). Fever less than 38°C was registered in 35,34% of cases (41 patients), fever higher than 38°C was registered in 47,41% of cases (55 patients) and normal temperature was registered in 17,24% of cases (20 patients).

Rezumat

A fost efectuat un studiu la SCMBCC Chișinău în perioada anului 2007, unde au fost examinați 116 copii cu amibiază intestinală. Maladia a afectat copiii cu vârsta de la 0 pînă la 2 ani - 97 cazuri (83,6%), de la 3 pînă la 6 ani - 15 cazuri (12,9%), de la 7 pînă la 14 ani - 4 cazuri (3,4%), cu predominarea sexului masculin (52,6%), vizavi de cel feminin (47,4%). Boala a evoluat pe un fondal nefavorabil în 87% din cazuri cu următoarele boli concomitente: infecție respiratorie acută, infecții ale căilor urinare, amigdalită lacunară, ascaridoză. Amibiaza a avut o evoluție de gravitate medie la copii (81,9%), gravă-la 20 copii (17,4%), și foarte gravă – la un copil (0,9 %). Complicații au survenit în 15cazuri (12,9%): nefrită toxică - 9 cazuri (7,8%) și vomă acetonemică- 6 cazuri (5,2 %). Amibiaza a evoluat cu febra 96 la copii, inclusiv t⁰ pînă la 38°C au avut- 41 copil (5,3%), mai mult t⁰ de 38°C – 55 (47,4%); afebrili au fost 20 copii (17,24%).

Actualitatea temei

Amibiaza este una din cele mai răspândite parazitoze din lume. Anual pe glob apar 50 de milioane de cazuri de boală invazivă și se înregistrează mai mult de 100000 cazuri de decese ceea ce prezintă 0,2% din cazurile depistate, astfel situînd amibiaza pe locul II după malarie în structura deceselor de parazitoze.

Este larg răspîndită pe glob, mai frecvent în zonele calde și umede, în special în zonele tropicale și subtropicale. De remarcat ca amibiaza "boală" este mult mai rară decît amibiaza "infecție". Doar 10% din persoanele infectate dezvoltă o amibiază simptomatică, restul rămînînd purtători asimptomatici care elimina parazitul din intestin timp de pînă la 12 luni.

După datele OMS, 10% din populație este infestată cu *Entamoeba histolytica* și *Entamoeba dispar*.

Amibiaza este o boală infecțioasă parazită, în genere cu evoluția cronică, produsă de protozoarul *Entamoeba histolytica*, care afectează electiv colonul și secundar, în amibiază extraintestinală, ficatul, plămînul, și, mai rar, alte organe. Se cunosc 3 aspecte morfologice ale amibiei: forma vegetativă magna, patogenă; forma vegetativă minuta nepatogenă (saprofit al colonului) și forma chistică, de rezistență, diseminare și înmulțire a amibei.

Factorii care intervin în transformarea formei minuta în forma magna sunt: modificarea florei intestinale, modificarea pH-ului intestinal, scăderea rezistenței organismului gazdă, subnutriția.

Receptivitatea la amibiază este generală. Indicele de contagiozitate atinge 20%.

Obiectivele lucrării

Studierea particularităților clinice ale amibiei intestinale la etapa actuală.

Materiale și metode

Studiul s-a efectuat retrospectiv asupra 116 cazuri de amibiază intestinală , la copii în vîrstă de pînă la 18 ani, internați în Spitalul Clinic Municipal de Boli contagioase la copii (SCMBCC) pe parcursul anului 2007, sursele de informație fiind foile de observație ale pacienților. Diagnosticul definitiv a fost confirmat prin depistarea de *Entamoeba histolytica* forma în coprocitogramă și coproculturi negative.

Rezultatele obtinute si discutii

Repartiția pacienților cu amibiază în funcție de vârstă este reprezentată în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Grupa de vârstă a copiilor cu amibiază

Vârsta	Cazuri	%
0-2 ani	97	83,6
3-6 ani	15	12,9
7-17 ani	4	3,4
Total	116	100

Conform datelor prezentate, cel mai mare număr de bolnavi a avut vârsta 0-2 ani – 97 copii (83,6%).

Majoritatea copiilor locuiau în mediul urban (90,5%). S-a constatat că din totalul celor internați, 91 copii (78,5%) nu frecventau colectivități (grădiniță, școală).

Ziua bolii la momentul spitalizării pacienților este prezentată în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Ziua bolii la internare a pacienților cu amibiază

Ziua bolii	Cazuri	%
1	28	24,1
2-3	53	45,7
>3	35	30,2
Total	116	100

Conform datelor prezentate 2/3 din copii au fost spitalizați în primele 3 zile de la debutul bolii. La secția de internare a fost stabilit diagnosticul: gastroenterocolită (86,2%), enterocolită acută (6,89%), dizenterie acută (1,7%).

Diagnosticul clinic de bază a fost predominant amibiază intestinală (98,2%); în rest amibiatoza intestinală s-a asociat cu infecția cu stafilococ auriu sau proteus.

La pacienții din studiu boala s-a asociat a evoluat pe fondal nefavorabil cu următoarele boli concomitente: IRA (22,4%), infecție a căilor urinare (10,3%), amigdalită lacunară (2,6%), ascaridoză (8,6%).

Studiind tabloul clinic al pacienților cu amibiază în momentul internării am constatat că starea generală era de gravitate medie (81,89%), sau gravă (17,2%) și foarte gravă (0,9%).

Semne de deshidratare moderată au fost prezente la 23,3%.

Semne de intoxicație: febră pînă la 38°C – la 35,3% din pacienți, >38°C – la 47,4%, vomă – la 80,2%, apatie la 9,5%, irascibilitate la 3,4%, pofta de mîncare scăzută la 81,9%, absentă la 15,5% copii.

Caracterul scaunelor: lichid cu mucus – la 56,0%, semilichid – 2,6%, terciiform – la 41,4%. Scaune cu sânge nu s-au înregistrat. Frecvența scaunelor în 24 ore pînă la 5 a fost – la 67,2% copii, 5-10 ori - 24,1%, >10 ori la un copil.

Analiza rezultatelor coprocitogramei efectuate pînă la inițierea tratamentului a demonstrat următoarele modificări: mult mucus la 89,7% pacienți, puțin mucus – la 10,34%, leucocite (5-7 pînă la 65-68 în c/v) – la toți bolnavii, eritrocite (1-2 pînă la 25-30 c/v) – la toți bolnavii. La 5 copii – s-a depistat *Ascaris lumbricoides* la 4,31%, la 4 copii – levuri.

Coproculturile efectuate la toți copiii au permis depistarea de *Proteus mirabilis* în 3 cazuri Stafilococ hemolizant - în 2 copii *E.coli* hemolizant-la 1 copil, *Candida albicans* – la 11 copii (9,5%).

Tratamentul pacienților cu amibiază intestinală a constat în respectarea dietei, rehidratare orală cu rehidron, în cazurile cu intoxicație generală (22,41%) au fost efectuate perfuzii intravenoase la 26 copii. La 100 copii s-au administrat derivați de 5-nitroimidazol. Emigil F per

os au primit 29 copii (25%), metronidazol, 35-50mg/kg/zi per os– 69 copii (59,5%), tinidazol per os – 2 copii (1,7%), durata tratamentului fiind de 5-7 zile. În cazurile în care când se suspectau boli concomitente și/sau infecții intestinale bacteriene) s-au asociat și alte preparate antimicrobiene: co-trimoxazol per os, amoxicilină per os, ampicilină i.m, cefotaxim i.m, cefazolin i.m.

Evoluția bolii la pacienții cu amibiază a fost pe parcursul a fost benignă. Astfel temperatura au normalizat în 1-3 zile la 58,6% din pacienți, la ceilalți – în 4-5 zile, semnele de intoxicație au cedat în 4-5 zile la toți copiii, scaunele s-a normalizat la a 6-a zi de tratament.

Coprocitograma repetată după tratament a demonstrat prezența levurilor în 9,5% din cazuri, Entamoeba histolytica – în 5,2%, Ascaris lumbricoides – în 1,7% .

Complicațiile au survenit la 15 copii (12,9%): nefrită toxică – 9 cazuri (7,8%) și vomă acetoneică – 6 cazuri (5,2 %).

Concluzii

1. Amibiaza este o boală frecvent răspândită pe glob, mai frecvent în regiunile calde, dar în legătură cu încălzirea globală, ea poate să se întâlnească cu o frecvență mai mare și în alte țări, unde practic era excepțională.
2. Diagnosticul amibiazei este posibil în baza tabloului clinic și coprocitogramei cu depistarea de Entamoeba histolytica, forma magna, în frotiu.
3. Rezultatele studiului efectuat în SCMBC Chișinău demonstrează că amibiaza intestinală se întâlnește mai frecvent la copii de vârstă fragedă.
4. Preparatele amibicide tisulare (metronidazol) sunt active pe formele vegetative de Entamoeba histolytica magna și eficiente în tratamentul tuturor formelor de amibiază intestinală (ușoară, medie, severă).

Bibliografie

1. Pleana Rebedea//Boli infecțioase// Editura medicală, București 2000, p.245-247
2. Инфекционные болезни и эпидемиология// Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К.// ГЭТАР-Медия 2008 , p. 458-462
3. Cohen & Powderly// Infectious Disease, 2nd ed. Chapter 164
4. Long// Principles and practice of pediatric infectious disease, 3rd ed., 2008, chapter 263
5. Rakel & Boppe// Conn's therapy 2008 6th ed., Chapter 14
6. Red Book 2000: Report of the committee on Infectious Disease//American Academy of Pediatrics, p.164-166
7. Simona Rădulescu //Parazitologie medicală// Editura ALL, p.54-70
8. Virginia Zanc// Parazitologie clinică. Protozoote// Editura Sincron,2001, p.12-67

UNELE ASPECTE CLINICE, EPIDEMIOLOGICE, DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT LA PACIENȚII CU DIFILOBOTRIOZĂ

A. Panasiuc, Natalia Dubineanski, Vera Lungu, Olga Țaran, Ana Varticean

Catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Summary

Some clinical epidemiological, diagnostical and treatment aspects of difilobotriosis

The article stipulates some clinical, epidemiological, diagnostical and treatment aspects in 9 patients infected with Difilobotrium latum.

Rezumat

În articol sunt elucidate unele aspecte clinice, epidemiologice, de laborator și tratament la 9 pacienți cu difilobotrioză, spitalizați în secțiile boli infecțioase din Republica Moldova.

Actualitatea temei

Migrația populației Republicii Moldova în ultimii ani, revărsările râurilor Nistru și Prut au creat schimbări ecologice și condiții de răspândire a acestei invazii la populația din țara noastră (1,2,8).

Obiectivele lucrării

A fost supravegheată evoluția clinică, epidemiologică, de laborator și tratament la 9 pacienți infectați cu difilobotrioză, spitalizați în secții de boli infecțioase.

Difilobotrium latum (D. Latum) este o cestodă cu focalitate naturală. Focare de această invazie se pot dezvolta numai pe teritorii unde sunt surse de apă dulce, mult plancton, gazde intermediare (ciclopi – copepode și anumite specii de pești carnivori) și gazde definitive (5,8,9).

Sursa de invazie, în care trăiește parazitul adult, este omul și unele animale domestice (câini, pisici, porci) sau sălbatice (urși, vulpi, foc, morse). Pot fi infestate și alte animale, care se hrănesc cu pești. D. latum pentru a se realiza are nevoie de două gazde intermediare. Prima gazdă intermediară este prezentată de crustaceele inferioare – copepode, la care din ou se dezvoltă coracidium. Focare de difilobotrioză se creează numai dacă la 1 m² de suprafață acvatică de apă dulce există mai mult de 3000 de copepode în stații cu apă nu prea adânci, acoperite cu plancton și încălzite de soare. A doua gazdă intermediară sunt peștii carnivori (știucă, mihalț, biban). Larva parazitului cu copepod nimerește în intestinul peștilor per os, se dezintegrează în intestin, apoi migrează în viscere (icre) și mușchi, transformându-se în plerocercoid. Dacă peștele este consumat de gazda definitivă neprelucrat sau puțin prelucrat termic plerocercoidii se fixează de mucoasa intestinului cu ajutorul botriilor, într-o lună maturizându-se și încep a elimina oușoarele. Într-o porțiune mică de fecale pot fi până la 2 mln oușoare neembrionate care pentru a se maturiza au nevoie de factori ecologici (mult oxigen, lumină, concentrația de sare în apa dulce să nu depășească 3%, t° exterioară de +18 -20 °). În condiții mai sus menționate maturizarea oulelor lor se petrece în 12 zile(4).

Afectarea omului e cu mult mai înaltă, decât a altor gazde definitive, având o durată mai îndelungată (5,7). Parazitarea D. latum în organismul uman încă nu este bine studiată. Paraziții pot exercita acțiuni mecanice, obstructive, toxice, alergice, nutriționale, atrofici, neuroreflectorie și de hipo- sau avitaminoze endogene cu B₁₂ și acid folic.

Rezultatele obținute și discuții

În ultimii 15 ani în Republica Moldova au fost înregistrate 59 cazuri de invazie cu D. latum, dintre care 12 la copii. Majoritatea celor infestați erau bărbați din raioanele de sud ale republicii. Dacă până în a. 2000 s-au înregistraț 33 (55,9%) bolnavi, atunci în anii următori s-au depistat numai 20 (33,8%), iar în ultimii 3 ani - numai 6 (10,3%) infestați.

Din 9 pacienți cu difilobotrioză, supravegheați de noi, toți erau bărbați, locuitori preponderent în partea de sud a republicii, din localitățile rurale. Pescari de profesie erau 5, persoane încadrate în lucrul de supraveghere și amenajare a iazurilor de apă dulce erau 4. Toți ei au consumat pește fiert, sărat sau copt. La 5 pacienți se putea de presupus că maladia se prelungește 15-20 ani, la 2 – până la 10 ani, la alți 2 – până la 5 ani.

Evoluția maladiei asimptomatică a fost constatată la 3 bolnavi, slabasimptomatică – la unul, și simptomatică - la 5 pacienți. Semne dispeptice erau constatate la 4 pacienți, prurit și erupții cutanate – la 3, greață, vomă – la 2, scaun lichid – la 2, dureri în burtă – la 3, limba cu papilele șterse – la 2. Semnele asteno-vegetative (prurit, erupții cutanate) erau depistate la 4 pacienți.

În sângele periferic hipohemoglobinemia s-a depistat la 6 din 9 pacienți, leucocitoza – la 2, hipereozinofilia – la 7. În sângele periferic euzinofilia în cantitate de 10% erau la 2 pacienți,

11 – 30% - la 3, 40 – 62% - la 2 . Megaloblaștii au fost determinați la 2 pacienți. Anemie Birmeriană nu a fost diagnosticată nici la un pacient.

Parazitul trăiește mulți ani de zile în organismul uman, eliminând în fiecare zi până la un milion de ouă. E de menționat că numai după oule parazitului nu se poate diferenția *D. latum* de alte difilobotriide.(3, 6, 7)

Diagnosticul de difilobotriozei a fost confirmat la toți 9 pacienți prin depistarea oulelor în materii fecale.

Tratamentul bolnavilor s-a efectuat cu fenasal la 5 persoane, cu extract de ferigă – la 2 și cu albendazol – la 2. La 3 pacienți paraziții s-au eliminat cu scolex în ghemuri mari (fiecare din ele era compus din 2-3 paraziți). La 5 bolnavi chiar în prima zi de tratament s-au eliminat bucăți de strobilă, iar la un pacient – în a doua zi. La un pacient deparazitarea a fost constatată prin lipsa de ouă eliminate în materiile fecale.

E de menționat că eficacitatea tratamentului specific cu fenasal, extract de ferigă sau unul din alte preparate (mepacrin, praziquantel, albendazol) poate fi constatată, dacă parazitul este eliberat cu scolex sau după 3 rezultate parazitologice negative o dată în săptămână, începând cu luna a doua după sfârșitul tratamentului. La 5 bolnavi supravegheați analizele parazitologice de control erau negative, iar 2 persoane au fost tratate a doua oară cu albendazol, iar alți 2 - nu s-au prezentat la control din cauza deplasărilor.

Evidența dispensarică a persoanelor după difilobotrioză este efectuată timp de 6 luni: în fiecare lună se preia o probă de fecale la ouă de helminți.

Concluzii

1. Republica Moldova prezintă teritoriu cuprins între 2 râuri, care revărsându-se în anumite condiții pot favoriza răspândirea invaziei cu *Difilobotrium latum*. Consumul de pește crud, afumat, fiind puțin timp prelucrat termic, poate duce la apariția cazurilor noi de invazie.

2. La 3 bolnavi examinați evoluția maladiei era asimptomatică, la ceilalți 6 pacienți invazia s-a manifestat prin semne dispeptice, asteno-vegetative și alergice.

3. Precizarea diagnosticului de difilobotrioză s-a efectuat prin examenul parazitologic în asociere cu datele clinice, anamnestic și epidemiologic.

4. Tratamentul difilobotriozei a fost eficient la 7 pacienți, iar alți 2 pacienți au fost tratați cu succes a doua oară.

Bibliografie

1. C. Andriuță, V. Pânteș, T. Holban, R. Gâlca, et al. Patogenia, tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul helmintiazelor. Chișinău, 2001, p. 39-42

2. C. Andriuță. Pastile antiinvazive. Chișinău, 2002, p. 29-31.

3. Monica Junil, C. Sașcă. Lucrări practice de parazitologie medicală. Cluj-Napoca, 1997, p. 8-11.

4. Ю.В. Лобзин. Руководство по инфекционным болезням. С-П., 2000, p. 736- 738.

5. S. Rădulescu, A.R. Mayer. Parazitologie medicală. București, 1994, p. 228-231.

6. П. Дэнческу. Копрологическая диагностика. Бухарест 1977, p. 104-106

7. Е. С. Лейкина. Важнейшие гельминтозы человека. М., 1967, p. 116- 136

8. П.И. Яровой. Справочник по медицинской гельминтологии. К., 1984, p. 130-138.