

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

feminin (67,9%) vizavi de cel masculin (32,1%). La 54,7% din bolnavi boala a evoluat afebril. La 45,3% herpesul zoster a apărut pe fondalul bolilor cronice îndelungate. După topografia leziunilor cutanate cea mai frecventă formă clinică a fost herpesul zoster toracic (32,1%), urmată de herpesul zoster oftalmic (22,6%), abdominal (22,7%). Herpesul facial și herpesul geniculat cu sindromul Ramsay-Hunt s-au constatat în 7,5 % și 3,8 % cazuri corespunzător. În 22,6% din cazuri herpesul zoster a evoluat cu neuralgia postzosteriană.

Actualitatea temei

Herpesul zoster sau Zona zoster este o boală infecțioasă produsă de virusul varicelozosterian (VVZ), caracterizat prin un exantem eritematovezicular unilateral localizat la nivelul unui dermatom însoțit de durere extrem de puternică sub formă de nevralgii sau de arsuri.

Virusul varicelozosterian produce două boli distincte clinic: varicela și herpesul zoster. Varicela este o boală a copilăriei și reprezintă infecția primară. Herpesul zoster reprezintă o reactivare a infecției latente cu virusul VVZ. Virusul varicelozosterian persistă timp îndelungat în ganglionii nervoși spinali sau în cei ai nervilor cranieni. De aici infecția se poate reactiva realizând tabloul clinic de herpes zoster (1,2,3,4,5,6,7,8). Maladia se înregistrează în multe țări de pe globul pământesc inclusiv și în Republica Moldova sub forme sporadice (4,5,6). Herpesul zoster apare la toate vârstele și afectează 10-20% din populație în special vârstnicii (1,3,7,8). La persoanele cu rezistența imunologică scăzută din cauza bolilor cronice, oncologice incidența este mai crescută (3,4,5). La bolnavii cu HIV/SIDA reactivările herpesului zosterian sunt atât de frecvente încât VVZ a fost propus de OMS ca marker de prognostic al progresiunii bolii și este inclus în infecțiile oportuniste (3,2,1). După datele multor autori (1,2,3,5,7), în ordinea incidenței, sediile herpesului zoster sunt legate de afectarea nervilor senzitivi ce include herpesul toracic, cervical brahial, lombar, abdominal, a membrelor. La afectarea ganglionilor neurali ai nervilor cranieni frecvent se întâlnește herpes zoster oftalmic cu afectarea ramurii oftalmice a nervului trigemen, cu apariția erupțiilor pe frunte, regiunea orbitală, însoțite de conjunctivită severă și cheratită. Herpes zoster ramurei maxilare a n. trigemen erupția interesează hemifața și mucoasa palatului moale și dur de aceeași parte. În herpes zoster a ganglionului geniculat, constituind sindromul Ramsay-Hunt, erupția apare la nivelul pavilionului urechii și timpanului, însoțită de paralizie facială de aceeași parte, tulburări auditive (hipoacuzie) ameteți, tulburări de echilibru, tulburări de gust în 2/3 anterioare ale limbii. Herpesul zoster visceral prin afectarea fibrelor simpatice și parasimpatice se exprimă prin: simptome gastrointestinale (ilius), genitourinare (pareza veziculară, spasme dureroase).

Herpes zoster diseminat este urmat de exantem generalizat, variceliform în afara liniei mediane, apare frecvent la persoane imunodeprimare.

Evoluția herpesului zoster durează 2-3 săptămâni până la vindecarea leziunilor cutanate (1,2,7). Nevralgia postzosteriană poate persista (1,3,6) săptămâni-luni-ani, mai ales la bătrâni (50%). Diagnosticul herpesului zoster mai puțin se bazează pe date epidemiologice și de laborator fiind un diagnostic esențial clinic (1,3,7,8). Tabloul clinic tipic în herpes zoster este suficient pentru stabilirea diagnosticului. Aspectul unilateral al leziunilor veziculare pe aria unui dermatom ce se oprește pe linia mediană cât și durerile locale puternice conduce la diagnosticul de herpes zoster (2,3,8,7).

Obiectivele lucrării

Studierea particularităților clinice ale herpesului zoster la etapa actuală.

Materiale și metode de cercetare

Studiul nostru s-a realizat pe un lot de 53 bolnavi care au fost spitalizați și tratați în spitalul clinic IMSP SCBI "T.Ciorbă". Conform vârstei bolnavii s-au repartizat în felul următor: 18-20 ani - 9,4%, 21-30 ani - 11,3%, 31-50 ani - 13,2%, 51-70 ani - 43,4%, 71-83 ani - 22,6% bolnavi.

Tabelul 1

Repartizarea bolnavilor de herpes zoster după vârstă și sex (%)

Vârsta /Sex	18-20	21-30	31-50	51-70	71-83	Total
Bărbați	5,7	5,7	3,7	11,3	5,7	32,1
Femei	3,7	5,7	9,4	32,1	16,9	67,9
Total	9,4	11,3	13,2	43,4	22,6	100

Din tabel reiese că de herpes zoster de 2 ori mai frecvent se îmbolnăvea sexul feminin (67,9%) vizavi de cel masculin (32,1%). Herpes zoster a apărut în 66,2% din cazuri la persoane după 50 de ani cu predominarea vârstei de 51-70 ani (43,4%). Ponderea maladiei la persoanele până la 50 de ani a fost de 33,9%, inclusiv în 20,9% la persoane tinere (18-30 ani).

Din anamneza vieții toți pacienții au prezentat primul episod de herpes zoster. Din anamneza epidemiologică marea majoritate de bolnavi (85%) nu au cunoștințe despre varicela suportată în antecedente. La 45,3% de bolnavi herpes zoster a evoluat pe fondalul de hepatită cronică, ciroză hepatică, pancreatită cronică, diabet zaharat, pielonefrita cronică, boala hipertonică, obezitate, traumă craniocerebrală. Din bolnavii examinați majoritatea (88,7%) au fost spitalizați în prima săptămână de boală, din care 30,2% - în primele 3 zile. Diagnosticul de îndrumare și internare la majoritatea pacienților (92,5%) era stabilit corect. Rar (7,5%) diagnosticul a fost stabilit greșit: erizipel, varicela, streptodermia. Debutul bolii a fost manifestat prin oboseală generală (69,8%), cefalee (49,1%), insomnie (34,2%), exantem însoțit de dureri puternice în locul afectat (98,2%). Debutul bolii la 45,3% de bolnavi a fost însoțit de creșterea temperaturii. Febra în limitele 37,1-38°C a fost constatată la 32,1% de bolnavi, 38,1-39°C - la 7,5%, mai mare de 39°C - la 5,7%. În 54,7% cazuri herpes zoster a evoluat afebril. La o parte de bolnavi (20,7%) s-a apreciat mărirea dimensiunilor ganglionilor limfatici sateliți (axilari, inghinali, cervicali).

Manifestările cutanate au fost exprimate prin apariția erupției precedată sau acompaniată de durere localizată, hiperestezie la toți bolnavii. Leziunile cutanate continuau să se formeze și se păstrau timp de 2-5 zile la 60,4% de bolnavi, 6-8 zile - la 30,2%, 10-13 zile - la 9,4% pacienți. Caracteristic a fost localizarea unilaterală a erupțiilor în formă de "benzi", "în centură" pe suprafața cutanată a rădăcinii sau rădăcinilor nervoase la toți bolnavii cu excepția unui bolnav cu HIV/SIDA exantemul fiind răspândit pe tot corpul. La un bolnav cu ciroza hepatică virală decompensată exantemul a avut un caracter bulos cu conținut serohemoragic.

Tabelul 2

Formele clinice ale herpesului zoster după localizarea leziunilor cutanate

Formele clinice	Bolnavii		Total
	nr	%	
Herpes zoster toracic	12	22,6	32,1%
toraco-abdominal	3	5,7	
toraco-brahial	2	3,8	
Herpes zoster oftalmic	11	20,8	24,6
oftalmo-facial	2	3,8	
Herpes zoster lombar	1	1,9	17%
lombo-abdominal	8	15,1	
Herpes zoster facial	4	7,5	7,5
Herpes zoster cervical	3	5,7	7,5
cervico-brahial	1	1,9	
Herpes zoster al membrelor	3	5,7	5,7
Herpes zoster geniculat (sindrom Ramsay-Hunt)	2	3,8	3,8
Herpes zoster diseminat	1	1,9	1,9

Analizând formele clinice ale herpesului zoster după topografia leziunilor s-a constatat, că cea mai frecventă formă clinică a fost de herpes zoster toracic 32,1% (inclusiv toraco-abdominal și toraco-brahial) urmată de herpesul zoster oftalmic - 24,6% (inclusiv forma oftalmo-facială). Herpesul zoster abdominal s-a diagnosticat la 22,7% de bolnavi, evoluând mixt în forma toraco-abdominală (5,7%) și lombo-abdominală (15,1%). La un bolnav cu infecție HIV/SIDA herpes zoster a evoluat în formă diseminată. În herpesul zoster geniculat (sindromul Ramsay-Hunt) s-a apreciat la 3,8% din bolnavi, la unul din pacienți s-au depistat tulburări auditive (hipoacuzie). La doi pacienți herpesul zoster oftalmic s-a complicat cu cheratoconjunctivită, iar la unul - cu nevrita nervului facial. La o persoană herpesul zoster s-a complicat cu pneumonie pe dreapta.

Studiind evoluția bolii în staționar s-a constatat, că la 28,3% de bolnavi regresarea evolutivă a erupțiilor a fost însoțită de nevralgia postzosteriană. Tratamentul etiotrop în herpes zoster la bolnavii examinați s-a bazat pe administrarea de aciclovir oral în doze 200-400-800 de 5 ori/zi timp de 5-10 zile. S-a efectuat și tratamentul antialgic, vitaminoterapia, în unele cazuri, tratamentul antiviral local.

Concluzii

1. Herpes zoster la etapa actuală se caracterizează prin afectarea preponderentă a persoanelor de vârstă 50-83 de ani (66,2%) cu predominarea sexului feminin (67,9%), la persoanele tinere până la 30 de ani herpesul zoster a fost diagnosticat în 20,7% cazuri, mai mult decât la adulți de 31-50 ani (13,2%).

2. La 45,3% din bolnavi herpesul zoster a evoluat pe fondalul bolilor cronice, ce au scăzut capacitatea de apărare a organismului, și la mai mult de ½ din bolnavi maladia a evoluat afebril cu manifestări locale tipice.

3. Cea mai frecventă formă clinică a fost herpesul zoster toracic (32,1%) urmat de herpesul zoster oftalmic (24,6%) și cel abdominal (22,7%).

4. Herpes zoster oftalmic a fost complicat prin keratoconjunctivită (3,8%) și nevrita nervului facial (1,9%), iar sindromul Ramsay-Hunt - prin hipoacuzie.

5. La un bolnav cu infecția HIV/SIDA herpesul zoster a evoluat în formă diseminată, iar la unul cu ciroza hepatică virală decompensată – în forma bulo-hemoragică.

Bibliografie

1. M. Voiculescu //Boli infecțioase// vol II, București, 1990, p. 134-139.
2. E.Pilly //Maladies infectieuses// Edition octobre 1996, p. 372-373
3. Peana Rebedea //Boli infecțioase// București, 2000, p. 110-118
4. Руководство по инфекционным болезням. Под редакцией член-кор. РАМН проф. Ю.В.Лобзин. С.Петербург 2000б стр. 398.399
5. C.Andriuță, M.Magdei, A.Andriuță //Boli infecțioase și parazitare// Chișinău, 2000, p. 174-176
6. M. Chiotan //Boli infecțioase// București, 2002, p. 174-176
7. Augustin Cupșa //Boli infecțioase transmisibile// Craiova, 2007, p. 8-34 – 8-37
8. Полный справочник инфекциониста. Под редакцией док. мед. Наук член-кор РАЕ и РЭА Елисеева Ю.Ю. Москваб 2007. стр. 195.197