

prezente aproape la toți pacienții. Mai rar s-au depistat modificări din partea sistemului cardio-vascular și respirator.

3. Erorile de diagnostic comise la îndrumarea și spitalizarea bolnavilor cu botulism au favorizat internarea tardivă, în legătura cu ce la 2 persoane cu forma gravă s-a produs decesul.
4. Diagnosticul de botulism confirmat prin determinarea botulotoxinei B a avut loc la circa jumătate din pacienți. La ceilalți pacienți diagnosticul s-a confirmat în baza datelor clinice, a anamnezei maladei și a datelor epidemiologice.

Bibliografie

1. Andriuță C., Botezatu Iulita, Pîntea V. și alți. Caracteristica botulismului confirmat prin metode de laborator. Conferința a VI a infecționiștilor din Republica Moldova „Actualități în patologia infecțioasă”, Chișinău 2006, p.86-90.

2. Andriuță C., Botezatu Iulita, Pîntea V și alți. Considerații privind aspectele clinice, evolutive ale botulismului pe parcursul a 27 ani în Republica Moldova. Anale științifice USMF „N.Testemițanu”. Vol.II. Probleme clinico-terapeutice: medicina internă, tradițională, boli infecțioase. Ed.V. Chișinău 2004, p.262-769.

3.Rebedea I. Boli infecțioase. București 2000, p. 495-500.

4.Lobzin Iu. Tratat de boli infecțioase. Sanct-Petersburg 2000, p.252-264.

ERIZIPEL. ASPECTE CLINICE ALE EVOLUȚIEI ÎN DEPENDENȚA DE GEN

Irina Cucerova

(Conducătorul științific – Liviu Iarovoi, dr., conf. univ.)

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

Summary

Erysipelas. Clinical aspects of evolution dependig on gender

70 patients aged 23—80 years, with erysipelas were included in the study. For the first time in Moldova the evolutionary peculiarities of this disease in women and men have been studied. This has allowed determining some characteristics of erysipelas depending on sex. The purpose of the study was to compare the evolution of erysipelas in women and men. The results obtained revealed common features and differences of erysipelas in women and men.

Rezumat

În studiu au fost incluși 70 bolnavi de erizipel cu vârsta cuprisa între 23 și 80 ani. În premieră în Republica Moldova pe larg au fost studiate particularitățile bolii la femei și bărbați. Aceasta a permis stabilirea unor particularități ale erizipelului în dependență de gen. Rezultatele obținute au pus în evidența trăsăturile comune și diferențele evoluției erizipelului la femei și bărbați.

Actualitatea

În zilele noastre erizipelul are o răspândire 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 nu are o tendință spre micșorare [9,14,26]. Totodată, după părerea unor autori se constată o majorare a morbidității, a frecvenței complicațiilor și a recidivărilor, erizipelul ocupând al doilea loc după amigdalite, conform cazurilor de streptococoză înregistrate [1,3,11,14]. Formele repetate și recidivante ale maladei în 20 - 43% cazuri duc la indisponibilitatea de muncă îndelungată, iar cronicizarea procesului dezvoltă patologii vasculare și limfatice cu o posibilă invalidizare [17]. În unele estimări se demonstrează o incidență variată (în dependență de regiunea geografică), dar oricum sporită, ce oscilează de la 10 la 200 cazuri la 100 000 populație/an [4,24]. Referitor la diverse zone climaterice ale fostei

U.R.S.S., morbiditatea prin această infecție constituie 12 – 30 cazuri la 100 000 locuitori [23]. Cota parte a daunei economice cauzate de erizipel constituie peste 10% din totalul de streptococoze [15].

Existența variantelor diferite de forme clinice ale erizipelului (în dependență de localizare, caracterul afectării, frecvența apariției și gradului de gravitate) și discrepanța datelor în descrierea acestor forme de la un autor la altul argumentează necesitatea cercetării, mai ales în condițiile Republicii Moldova, unde această patologie a fost studiată insuficient și pe un număr mic de cazuri [5,10,22].

Caracterul afectării, posibilitatea apariției, frecvența recidivării, gradul de gravitate, tipul și frecvența complicațiilor în erizipel depind nu numai de virulența agentului patogen (*Streptococcus pyogenes*), dar și de bolile cronice concomitente, localizarea procesului și genul pacientului [2,3,13,14,26]. Datele privind evoluția erizipelului în dependență de gen în unele cazuri sunt incomplete, în altele contradictorii. Cele menționate argumentează oportunitatea studierii complexe a diferitor forme de erizipel, cu determinarea particularităților decurgerii bolii la persoane de sex diferit.

Scopul lucrării

Studierea comparativă a particularităților clinice în diferite forme de erizipel la femei și bărbați.

Obiectivele lucrării

1. Determinarea particularităților clinice ale erizipelului în dependență de forma maladiei, regiunea și caracterul afectării la pacienți de sex diferit;
2. Studiarea bolilor concomitente și favorizante erizipelului la pacienți cu diverse forme ale maladiei.

Materiale și metode de cercetare

Studiul a inclus 70 de pacienți cu erizipel, care au fost spitalizați în IMSP SCBI „Toma Ciorba” în perioada mai—decembrie 2009, dintre care 47 femei (lotul I) și 23 bărbați (lotul II), cu vârsta cuprinsă între 23 și 80 ani, vârsta medie fiind de 57,8 ani. Diferențiată pe genuri: la bărbați - de 61,8 ani și la femei - de 55,8 ani. Diagnosticul de erizipel a fost stabilit pe baza datelor anamnestice, epidemiologice, clinice și de laborator.

Conform caracterului manifestărilor clinice la 70 pacienți examinați s-au stabilit următoarele forme ale erizipelului: la 50 bolnavi - eritematoasă, la 11 - eritemo-buloasă, la 7 - eritemo-hemoragică și în 2 cazuri - bulos-hemoragic.

Erizipelul a fost localizat în 53 de cazuri pe membrele inferioare, în 12 - pe față, în 5 cazuri pe membrele superioare. În lotul de 70 bolnavi examinați: 50 au suportat forma primară de erizipel, 14 – forma recidivantă și 6 – cea repetată.

Dintre bolnavii incluși în studiu – 2 bolnavi au suportat forma ușoară de erizipel, 62 - medie și 6 - cea gravă.

Se observă faptul că în structura pacienților spitalizați cu erizipel predomină grupele de vârstă mai înaintată și de sex feminin la care evoluția bolii este prelungită.

Din momentul internării în staționar tuturor bolnavilor li s-a stabilit diagnosticul de erizipel, în conformitate cu criteriile clinice, propuse de V.Cercasov [26]. Pe parcursul spitalizării, în corespundere cu criteriile clinico-anamnestice elaborate de același autor, fiecărui bolnav i s-a stabilit forma clinică a erizipelului în dependență de:

1. Caracterul manifestărilor locale:
2. Gradul de intoxicare (gravității bolii): I – ușoară; II – medie; III – gravă.
3. Frecvenței apariției:
4. Răspândirea manifestărilor locale:

Toți pacienții au fost investigați prin analiză generală a sângelui periferic și analiza generală a urinei. În studiile complexe, cu caracter obligatoriu, a fost inclus electrocardiografia.

La unii pacienți a fost determinat în sânge nivelul de bilirubină, uree, creatinină, activitatea aminotransferazelor.

Rezultate obținute și discuții

Durata evoluției și gravitatea semnelor clinice ale erizipelului depind de prezența bolilor concomitente. Aceste boli (micoza plantară, tromboflebita membrelor inferioare, boala varicoasă a venelor, streptodermia, obezitatea, diabetul zaharat) agravează evoluția erizipelului. [7,25]

Din 70 pacienți investigați 51 au suportat boli favorizante înaintea apariției erizipelului (33 femei și 18 bărbați). Dintre 33 femei 14 sufereau de obezitate, 4 – de tromboflebita membrelor inferioare, 6 – de diabet zaharat, 1 – de boala varicoasă a venelor, 1 – de elefantiazis, 5 – de mastectomia.

Din 23 de bărbați care au participat în studiu 18 au suportat patologii favorizante. Diabet zaharat a fost manifestat la 6 bărbați, obezitatea – la 5 pacienți, tromboflebita membrelor inferioare – la 4, micoza plantară – la 1, boala varicoasă a venelor – la 2 bărbați (Fig.1.).

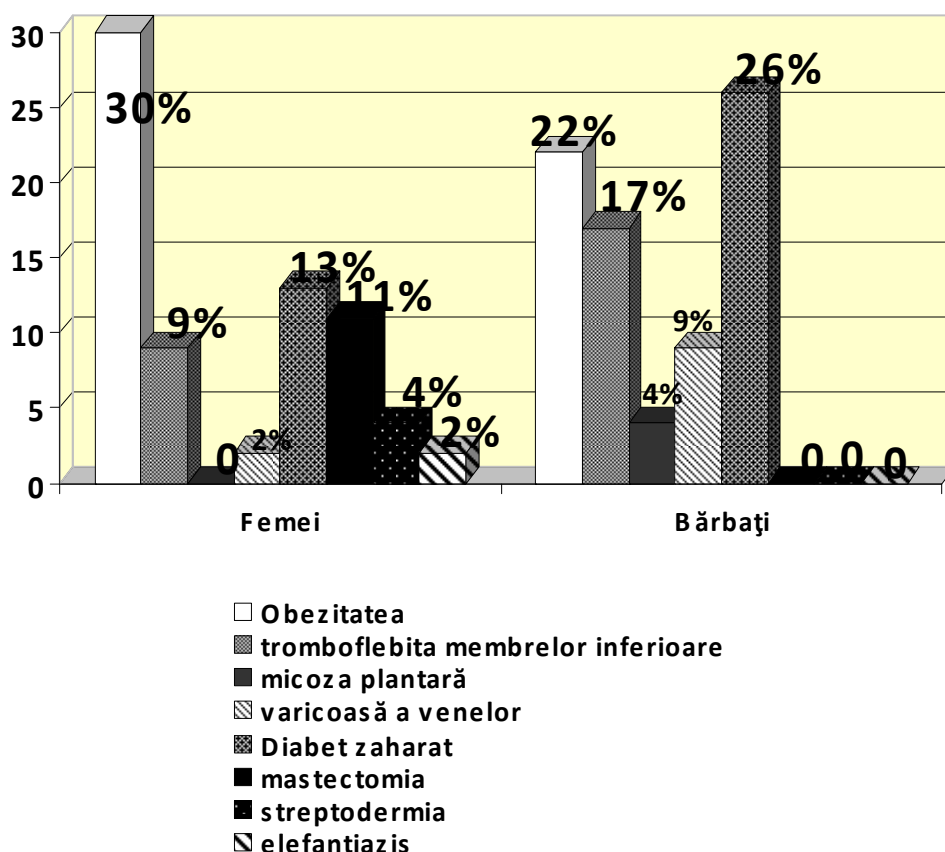


Fig.1. Ponderea (în %) bolilor concomitente în loturi

Conform diagramelor prezentate se vede că atât femeile cât și bărbații sunt predispuși spre patologii favorizante. Se observă faptul că femeile sunt supuse riscului de a fi afectate de mai multe boli. De exemplu, elefantiazisul și mastectomie pot fi suportate numai de femei cum și obezitatea. Totodată ambele sexe în aceeași măsură suportă diabetul zaharat și tromboflebita membrelor inferioare.

Obezitatea merită atenție, fiind cea mai frecventă patologie în rândul bolilor concomitente. Prin urmare, apare întrebarea despre poziția dominantă a acestei patologii. Obezitatea este cauza tulburărilor endocrine, cum ar fi disfuncția glandelor sexuale, a hipotalamusului, a hipofizei. De asemenea, obezitatea duce la tulburări trofice prin limfostază și

venostază. Stagnarea fluxului sangvin și a fluxului limfatic apare ca o consecință a perturbărilor mecanice create de obezitate. Astfel, insuficiență venoasă și ulcerele trofice sunt o specificitate pentru oamenii supraponderali [16,21]. Obezitatea este una dintre cauzele insuficienței venoase cronice. Insuficiența venoasă cronică este un sindrom caracterizat prin tulburări de flux venos, ceea ce duce la o perturbare a microcirculației regionale. Boala se manifestă prin formarea varicelor pe traiectul venelor subcutanate a membrilor inferioare [18].

Din cele afirmate anterior, putem concluziona că obezitatea nu doar complică evoluția erizipelului, dar și creează condiții favorabile pentru dezvoltarea altor boli concomitente. Obezitatea și prezența bolilor favorizante agravează microcirculația regională pe membrele inferioare. Acest fapt explică apariția frecventă a erizipelului pe picioare la ambele sexe.

De tot erizipelul a fost localizat în 53 cazuri pe membrele inferioare, în 12 - pe față, în 5 cazuri pe membrele superioare. Erizipelul la femei a fost localizat pe membrele inferioare la 34 paciente, pe față – la 8 și pe membrele superioare – la 5. La bărbații examinați erizipelul a fost localizat pe membrele inferioare în 19 cazuri și pe față în 4 cazuri (Fig.2.).

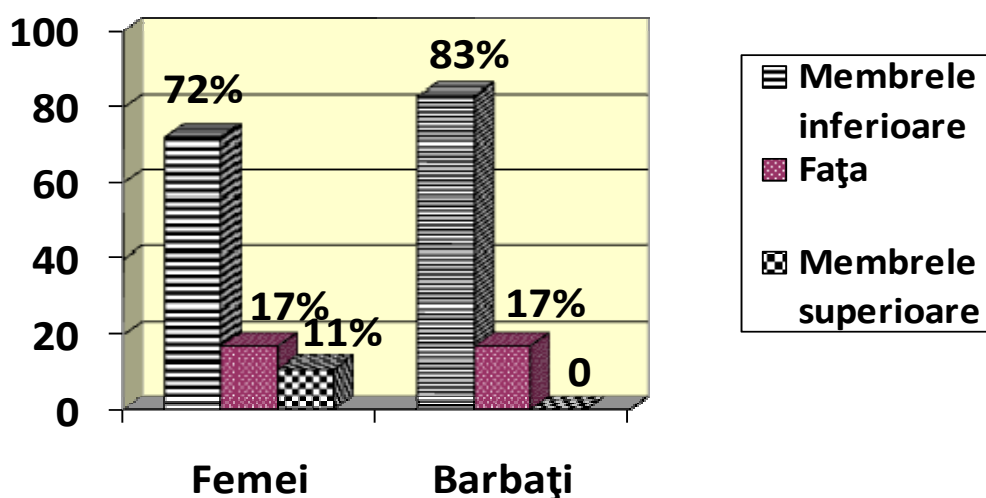


Fig. 2. Ponderea (în %) localizării erizipelului în loturi

Conform studiilor efectuate în total în 76%(53) de cazuri erizipelul este localizat pe membrele inferioare, în 17%(12) – pe față și în 7%(5) cazuri erizipelul a fost localizat pe membrele superioare. Afectarea membrilor superioare este caracteristică mai mult femeilor, ce au suportat anterior mastectomia. Acest fapt explică prezența dereglărilor de circulație venoasă și limfatică ca consecință a mastectomiei. Rezultatele studiului dat pot fi comparate cu rezultatele studiului efectuat de Kovtun E.A.[19]. În lucrarea sa ea indică localizarea erizipelului pe membrele inferioare în 72,4% cazuri, pe față în 20,6% cazuri și localizarea la nivelul membrilor superioare în 7,1% cazuri. În concluzie putem spune că rezultatele studiului dat efectuat pe 70 de pacienți examinați în SCBI “T. Ciorba” se aseamăna foarte mult cu rezultatele studiului expus de doctor Kovtun E.A.[19].

Dintre cele 47 de femei bolnave la 34 erizipelul era localizat pe membrele inferioare, aceeași localizare era și la 19 bărbați din 23. Numărul de cazuri de erizipel la nivelul membrilor inferioare la ambele sexe era de 76% din numărul total de investigați. Pe baza datelor prezentate, sexul feminin aproape de 2 ori mai frecvent este supus maladiei cu această localizare. Pentru a răspunde la întrebarea referitor la cea mai frecventă localizare a erizipelului trebuie să se acorde atenție proceselor care au loc în zonele afectate. De obicei, în multe cazuri erizipelul este precedat de procese care încalcă integritatea pielii și agravează circulația locală. Aceste procese includ apariția unor tulburări trofice în tromboflebita membrilor inferioare, în boala varicoasă și micoze. Micoza modifică integritatea protectivă a pielii. Tromboflebita și boala varicoasă provoacă ulcere trofice și stază venoasă în membrele inferioare. Aceste procese creează condiții

favorabile pentru introducerea și multiplicarea streptococilor B-hemolitici. Macroangiopatia diabetică și obezitatea, de asemenea, afectează circulația locală, favorizează formarea ulcerilor, creînd condiții bune pentru persistența și multiplicarea agentului patogen.

Membrele superioare au fost afectate doar la femei, fiecare dintre ele suportând anterior mastectomia, circulația limfatică ale membrelor superioare la aceste femei fiind încălcată.

Conform caracterului manifestărilor clinice la 70 pacienți studiați s-au stabilit următoarele forme ale erizipelului: la 50 bolnavi - eritematoasă, la 11 - eritemo-buloasă, la 7 - eritemo-hemoragică și în 2 cazuri – bulos-hemoragică. Din 47 de femei forma eritematoasă au manifestat 32 bolnave, forma eritemo-buloasă a fost la 7 femei, eritemo-hemoragică – la 6 bolnave și bulos-hemoragică – la 2. La bărbați forma eritematoasă era în 18 cazuri, eritemo-buloasă – în 4 cazuri și într-un caz – forma eritemo-hemoragică (Fig.3.).

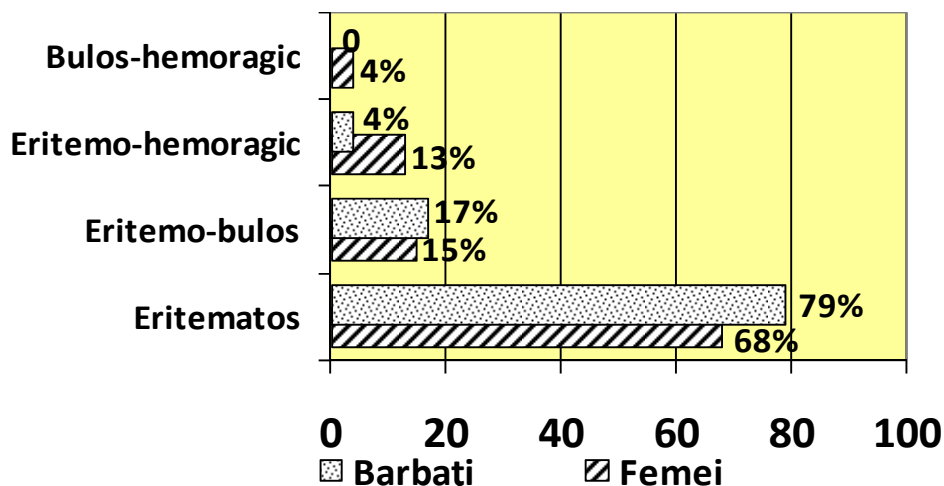


Fig. 3. Ponderea (în %)diferitor formelor morfologice ale erizipelului în loturi

Conform cercetărilor efectuate s-a stabiit faptul, că formele erizipelului însoțite de schimbări morfologice mai însemnate (bulos-hemoragică și eritemo-hemoragică) s-au înregistrat de 4,25 ori mai frecvent la femei decât la bărbați, iar fomele eritematoase – de 1,2 mai frecvet la bărbați decât la femei.

De cele mai multe ori erizipelul este precedat de procese, care încalcă integritatea pielii și agravează circulația locală a membrelor inferioare [12,26]. Aceste procese includ apariția unor tulburări trofice, ca rezultat a tromboflebitei membrelor inferioare, sau a bolii varicoase sau/și in caz de micoze ale picioarelor. Aceste procese crează condiții favorabile pentru inocularea și multiplicarea streptococilor B-hemolitici. Macroangiopatia diabetică și obezitatea, de asemenea, afectează circulația locală, favorizînd apariția porții de intrarea și multiplicarea agentului patogen la locul inoculării [1,8,21]. În plus, membrele inferioare sunt cele mai supuse micro- și macrotraumatizării [4,6,20].

Pentru determinarea formei erizipelului (conform frecvenței apariției) s-a folosit metoda cercetări anamnestice și clinice. In rîndul acestor 70 bolnavi: 50 au suportat forma primara a erizipelului, 14 – forma recidivantă și 6 – cea repetată.

Din 47 de femei forma primara a erizipelului a fost la 30 de bolnave, forma repetată la 6 și recidivantă la 11. În rîndul pacienților de sex masculin 20 au suportat forma primara și 3 -- forma recidivantă (Fig. 4.).

Forma repetată a erizipelului au suportat-o numai femeile (Fig.4.), iar cea recidivantă femeile au suportat-o de 1,8 ori mai frecvent decât bărbații. Forma primară a erizipelului de 1,4 ori mai frecvent a fost suportată de către bărbați. Acest lucru poate fi explicat prin faptul că femeile sunt mai frecvente supuse bolilor favorizante.

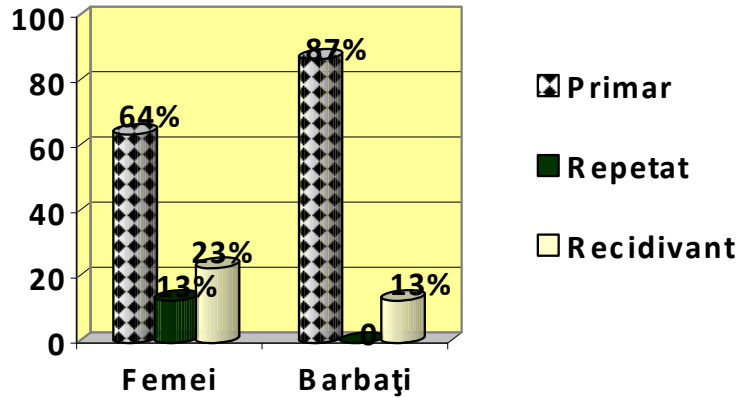


Fig. 4. Ponderea (în %) formelor apariției a erizipelului în loturi

Din toți bolnavii incluși în studiu au suportat forma ușoară de erizipel 2, medie – 62 și gravă – 6. În studiu au participat 47 femei, 4 din ele au suportat forma gravă a erizipelului, 42 – cea medie și 1 – forma ușoară. În rândul bărbaților 2 au avut forma gravă a erizipelului, 20 – forma medie și 1 – forma ușoară (Fig.5.).

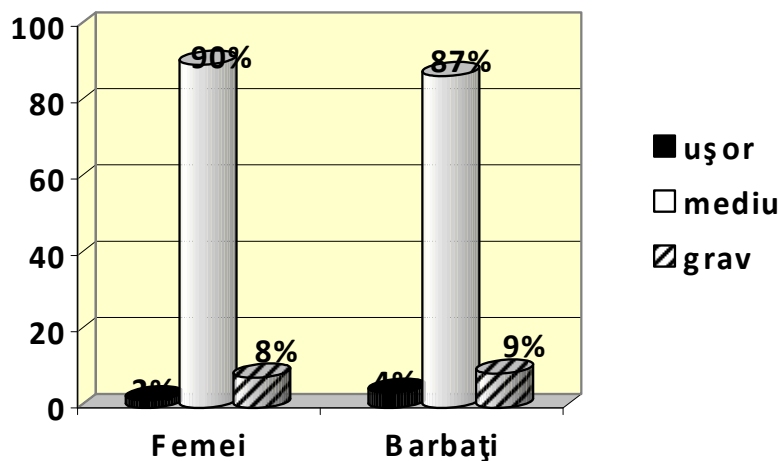


Fig.5. Ponderea (în %) formelor de gravitate a erizipelului în loturi

Astfel, marea majoritate a pacienților au forma de gravitate medie a erizipelului. Ponderea formelor ușoare a erizipelului a fost mai mare la bărbați.

Concluzii

1. Cea mai frecventă localizare a erizipelului, atât la femei, cât și la bărbați este pe membrele inferioare.
2. Femeile suferă de boli favorizante apariției erizipelului mai frecvent decât bărbații.
3. Afectarea membrelor superioare prin erizipel este caracteristică mai mult femeilor.
4. Formele erizipelului însoțite de schimbări morfologice mai însemnate (bulos-hemoragică și eritemo-hemoragică) se înregistrează mai frecvent la femei decât la bărbați.
5. Femeile sunt supuse unui risc mai mare de repetare și recidivare a erizipelului decât bărbații.

Bibliografie

1. 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.

2. BUSSING A., Klotz M., Suzart K., et al. *Med. Microbiol. Immunol.*, 1995, Vol.184, p. 87 – 96.
3. CEAUȘU Emanoil, CALISTRU Petre, CRISTEA Cristiana, et.al. *Curs de boli infecțioase*. București: Editura Universală "Carol Davila", 2003, p. 112.
4. 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.
5. CHIRIACOV Galina, SIMONOV Ludmila, POPOVICI Raisa. Erizipelul la adulți. Conferința a IV-a a infecționiștilor din Moldova. Probleme actuale în patologia infecțioasă 9-10/10/1996, p. 148-149.
6. DUPUY A., BENCHIKHI H., ROUJEAU J., et all. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ*, nr.318, jun 1999, p. 1591-1594.
7. IAROVOI L. Caracteristica clinică, imunologică și optimizarea tratamentului în erizipel, 2007
8. POKROVSKI V. I. Compendiu de boli infecțioase. Moscova. 1996.
9. REBEDEA I. Boli infecțioase. In PASCU, Rodica. Capitolul 14. Infecții cutanate și ale părților moi. București, 2000, p. 122-126.
10. SIMONOV Ludmila, CHIRIACOV Galina, LUCA Lucia, et.al. Caracteristica erizipelului la adulți din ultimii ani. Conferința a V-a a infecționiștilor din RM "Probleme actuale în patologia infecțioasă" 4-5/10/2001, p. 238-239.
11. SOLBERG C.O., CHELSOM J. Infection with group A Streptococcus. *Nord Med*, nr.110(2), 1995, p. 50 – 52.
12. VOICULESCU, Marian. Boli infecțioase. București: Vol.2., 1990, p.7.
13. WEATHERALL D.J., LEDINGHAM J.G., WARELL D.A. *Oxford textbook of medicine*. Third edition, Vol 1, sections 1 -10, 1996, p. 500.
14. ЕРОВИЧЕНКОВ А.А. Рожа (диагностика, лечение). *Врач*, 2000, №8, с. 32-34.
15. ЕРОВИЧЕНКОВ А., БРИКО Н., ГОРОБЧЕНКО А. Особенности современной клиники рожи как варианта течения стрептококковой инфекции. *Врач*, 2004, №2, с. 32-34.
16. ЖИДКИХ В.Н., ИЛЬЮЩЕНКО С.В. Влияние нарушений гемодинамики на течение рожи нижних конечностей. *Клиническая хирургия*. 1991, №3, с. 30 - 31.
17. ЖУМАНБАЕВА Г.К. Профилфактика рецидивов и осложнений рожи. Автореф. дисс...канд.мед.наук. Алматы.1995. С. 25.
18. КЛИМОВА Е.А., РМЖ, Изменение реологических свойств крови у пациентов с метаболическим синдромом.
19. КОВТУН Э. А., ИММУННЫЕ И НЕЙРОРЕГУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ, 2008
20. КОРОЛЁВ М.П., СПЕСИВЦЕВ Ю.А. *Вестник хирургии*. 2000, т.159, №4, с. 64 - 69.
21. МЕЛЬНИЧЕНКО Г.А., РМЖ, Том 9 № 2, 2001 Ожирение в практике эндокринолога
22. МЕЛЬНИК Ю.И., КОНДРАЦКИЙ И.В., ЦУГУЙ Ю.А. Вопросы диагностики и клинического течения рожистого воспаления. Tezele conferinței științifice a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (14-16 mai 1991). Chișinău, 1991, p. 229.
23. ПОКРОВСКИЙ В.И. *Медицинская микробиология*. Москва: ГЭОТАР Медицина. 1999, с. 194-197.
24. РЫСКИНД Р.Р., САМОТЛКИН К.Н., ЛИЕНКО А.Б. Рожа у больных старших возрастных групп. *Клиническая геронтология*. 1997, №1, с. 43-48.
25. ФРОЛОВ В.М., БОЙЧЕНКО П.К., ПЕРЕСАДИН Н.А. Диагностическое и прогностическое значение уровня циркулирующих иммунных комплексов у больных рецидивирующей рожой. *Врачебное дело*. 1990, №6, с. 116-118.
26. ЧЕРКАСОВ В.Л. Рожа. Москва: "Медицина", 1986.