

3. Park B.H. et al. Infection and Nitroblue-tetrazolium Reduction by Neutrophils // The Lancet, vol 11, 1968, N 7567, p. 532-534.
4. Reiterova K., Tomasovicova O., Dubinsky P. Influence of maternal infection on offspring immune response in murine larval toxocariasis. // Parasite Immunol. 2003, Jul. - Vol. 25. - № 7. - P. 361-368.
5. Țibuleac S., Plăcintă Gh., Mudreac K. et al. Ascaridoza cânelui și toxocaroză omului în orașul Chișinău. // Gurierul medical, 2006, N. 6, p. 13-15.
6. Waage A., Halstensen A., Shalaby R. Local production of tumos nitrosis factor. // J. Exp. Med. 2005. - Vol. 170. - P. 185-189.
7. Адаменко Г.П., Никулин Ю.Т. Токсокароз – актуальная проблема здравоохранения. // Медицинские новости. №2, 2004.
8. Кетлинский С.А. Роль Т-хелперов типов 1 и 2 в регуляции клеточного и гуморального иммунитета. //Иммунология, Москва, «Медицина», 2002, том23, №2, с.77-79.
9. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н. и др. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. - 2006.-214 с.
10. Майборода А.А., Кирдей Е.Г., Семинский И.Ж., Цибель Б.Н. Иммуный ответ, воспаление: Учебное пособие по общей патологии. – М.:МЕДпресс-информ, 2006.–112 с.
11. Миропольская Н. Ю. Научное обоснование профилактики бронхообструктивных состояний у детей, инвазированных токсокарами. // Автореф. дис. . канд. мед. наук. Хабаровск, 2008. - 23 с.
12. Павлович С.А. Основы иммунологии. Минск. -Высшая школа. -1998. -114 с.
13. Серебренникова С.Н., Семинский И.Ж. Роль цитокинов в воспалительном процессе (сообщение 2), Сибирский медицинский журнал, 2008, № 8, с 5-8
14. Тотолян А.А. Роль хемокинов и их рецепторов в иммунорегуляции // Иммунология. – 2001. – № 5. – С.7-12
15. Холодняк Г.Е. Клинико-эпидемиологические особенности, диагностика и новые подходы к терапии токсокароза у детей. // Автореф. дисс. к.м.н., Москва, 2009, 26 с.

SHIGELLOZA LA COPII –

ASPECTE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE, DE EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT

**Tatiana Juravliov¹, Galina Rusu¹, Nadejda Sencu¹, Ludmila Bîrca²,
Angela Vămășescu², Maria Neaga², Lia Corobca**

Catedra Boli infecțioase FECMF USMF „Nicolae Testemițanu”, Clinica Boli infecțioase la copii¹, IMSP Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase de Copii²

Summary

Shigellosis in children – epidemiological, clinical aspects, evolution and treatment

The authors present a retrospective study on a group of 52 patients with shigellosis sonnei and flexneri. It was examined the epidemiological, clinical features, the evolution and treatment.

Rezumat

Autorii prezintă un studiu retrospectiv pe un lot de 52 pacienți cu shigelloză sonnei și flexneri. S-au analizat aspecte clinico-epidemiologice, de evoluție, diagnostic și tratament ale shigellozei la copil.

Actualitatea

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății în 2010 în rândul copiilor primelor 5 ani de viața au fost înregistrate 1,7 miliarde de episoade diareice, din care 36 de milioane în forme foarte grave. În 2011 BDA a provocat decesul a numeroși copii mici, 700 de mii dintre

care fiind mai mici de 2 ani. OMS și UNICEF au elaborat un nou Plan de acțiune ca până în 2025 incidența cazurilor severe de diaree la copil să scadă cu 75% față de anul 2010, iar morbiditatea prin aceste boli să se elimine.

În Republica Moldova, în structura morbidității prin bolile infecțioase, BDA deține locul trei, după infecțiile respiratorii acute și bolile parazitare. În 2012 s-a înregistrat o tendență de creștere a morbidității sumare prin BDA până la 521,3 la 100 mii de populație (a.2011 – 517,1).

Shigelloza continuă să ocupe o poziție importantă în structura etiologică a diareei infecțioase acute. În SUA indicele morbidității prin shigeloză constituie 4,4 cazuri la 100 mii de populație, la copiii în vârstă până la 5 ani atingând 19,6 cazuri la 100 mii populației. În Federația Rusă morbiditatea prin dizenterie bacteriană în 2010 a constituit 13,48 la 100 mii populație.

În RM a avut loc o creștere a morbidității prin shigeloză de la 7,5 în 2011 pînă la 13,74 la 100 mii de populație în 2012, maladia fiind preponderent cauzată de *Sh. sonnei*; a crescut respectiv și numărul de purtători de shigelle de la 0,17 până la 0,34 la 100 mii de populație. Incidența prin shigelloza *sonnei* a dominat la copii în vârstă de 3-6 ani, iar shigelloza *flexneri* - la copii de 0-2 ani.

Obiectivele

Evaluarea particularităților clinico-epidemiologice, de evoluție, diagnostic și tratament ale shigelozii la copil.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în IMSP Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase de Copii din Chișinău. În studiu au fost incluși 52 copii cu diagnosticul de shigeloză etiologic confirmată, cu vârsta cuprinsă între 0-17 ani, internați în perioada anilor 2010-2012. S-au studiat retrospectiv fișele de observație cu evaluarea datelor epidemiologice, clinice, paraclinice, evoluția bolii și eficacitatea tratamentului.

Rezultate obținute și discuții

Conform vârstei pacienții din studiu au fost divizați astfel: până la 1 an – 2 (4,0%), 1-4 ani – 15 (29,0%), 5-6 ani – 8 (15%), 7-10 ani – 10 (19%), 11-13 ani – 5 (10%), 14-17 ani – 12 (23%) copii.

În peste 2/3 (79,0%) din cazuri copiii au fost îndrumați spre spitalizare de către medicul AMU; de către medicul de familie – 13%; de către medici din alte spitale ori s-au adresat singuri (fără bilet de îndrumare) câte 4,0% copii. Printre copii spitalizați 87,0% au fost din municipiul Chișinău și 13,0% - din localități rurale; băieți – 42,0%, fete - 58,0%.

Ancheta epidemiologică efectuată asupra cazurilor de BDA spitalizate a demonstrat că 10% copii au avut contact cu persoane care sufereau de BDA.

Din antecedentele personale au fost înregistrate: IRA - 33 (63,5%) cazuri; varicela – 14 (27%); amigdalita acută - 9 (17,3%); pneumonie – 4 (7,7%); infecții intestinale acute și dismicrobism intestinal – 5 (9,6%) cazuri; invaginație intestinală 1 (1,9%). Antecedente alergologice (alimentare, sau/și medicamentoase) s-au menționat la 3 (5,8%) copii.

De menționat, că shigelloza *sonnei* s-a înregistrat mai frecvent vara-toamna, pe când shigelloza *flexneri* – primăvara și toamna.

Diagnosticul de trimitere a fost sindromal (topic), fiind în majoritatea cazurilor: gastroenterocolită acută (48%), gastroenterită (25%), enterocolită (12%), toxiinfecție alimentară (6%) și numai în 4% din cazuri dizenterie acută. Aproape toți copiii (92,3%) sau adresat la medic și au fost spitalizați în primele două zile de la debutul bolii.

La internare diagnosticul de dizenterie acută a fost stabilit numai la ¼ din pacienți, la ceilalți diagnosticul a fost stabilit în conformitate cu localizarea topică a procesului inflamator (gastroenterocolită/gastroenterita/enterocolită).

Starea generală la internare a fost medie la 47 (90,4%) pacienți, gravă – la 5 (9,6%).

Rezultatele investigațiilor de laborator bacteriologice sau serologice au permis stabilirea diagnosticului shigellozei sonnei la 36 (69%) pacienți, shigellozei flexneri – la 16 (31%).

Studiul efectuat a demonstrat mai frecvent că shigella sonnei la copiii s-a depistat în vârstă până la 10 ani, în special 1-5 ani, iar shigella flexneri – la copii 14-17 ani (figura 1).

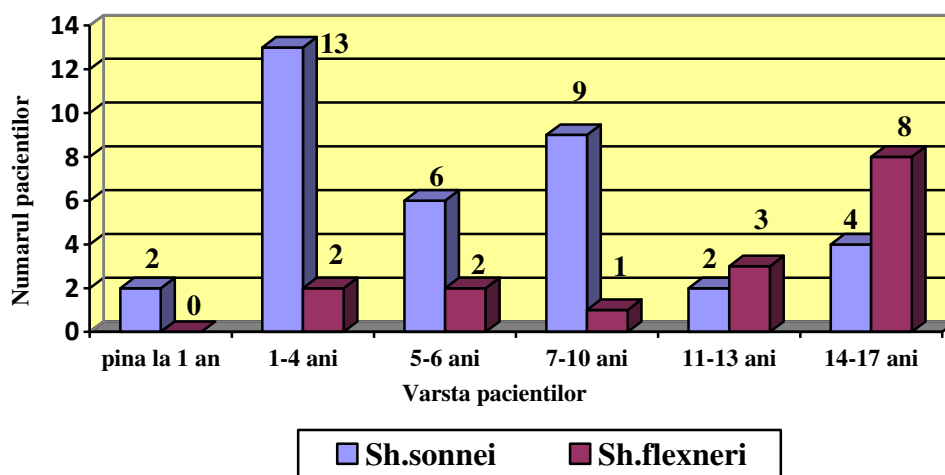


Figura 1. Grupele de vârstă afectate în cazul shigellozei sonnei și flexneri

Sindromul toxic în shigelloză s-a manifestat prin febră (100%), slabiciune generală (84,6%), astenie, adinamie, somnolență (21,1%), cefalee (75%), pofta de mâncare scăzută (73,1%), inapetență (19,2%), sincopă (1,9%), vertij (1,9%).

Febra s-a înregistrat la 83,3% pacienți cu shigelloza sonnei, inclusiv, hiperpirexie – la 2,8% copii, pe când la 56,3% pacienți cu shigelloza flexneri temperatura a fost subfebrilă.

Durata febrei de 1-3 zile pe parcursul maladiei a fost la majoritatea bolnavilor, inclusiv în shigelloză sonnei la 12 (75%) copii, în shigelloză flexneri – la 32 (88,9%). Mai mult de 4 zile febra a persistat în shigelloză flexneri (25,0%), decât în shigelloză sonnei (11,0%).

Sindromul gastrointestinal la copii din studiul nostru s-a manifestat prin grețuri (57,6%), vomă repetată (76,9%) în primele 1-2 zile mai frecvente în shigelloză sonnei; tenesme (5,8%), colici abdominale (82,7%), chemări false (19,2%), spasm sigmoidian (25%), scaune enteritice (21,2%), sau enterocolitice (78,8%).

Durerile abdominale s-au localizat în regiunea epigastrică (38%), sau paraombilicală (22%), pe parcursul ilionului subțire (18%), regiunea iliacă stângă (15%).

Caracterul scaunelor a demonstrat prezența sindromului enterocolitic la 41 (78,8%) pacienți, cu frecvența maximă până la 5-6 ori pe zi, cu durata diareei până la 3-4 zile la 89% la pacienții în shigelloză sonnei și la 94% - în shigelloză flexneri.

Semne de deshidratare nu s-au înregistrat.

Tabelul 1

Repartizarea pacienților cu shigelloză conform gradului de severitate a bolii

Forme clinice	Shigelloza sonnei n-36	Shigelloza flexneri n-16
Medie	29 (80,6%)	12 (75%)
Severă:	7 (19,4%)	4 (25%)
• cu predominarea sindromului toxic	6 (16,7%)	2 (12,5%)
• cu predominarea sindromului colitic	0	2 (12,5%)
• mixta	1 (2,7%)	0

Shigeloză la copii din studiu a evoluat în forme medii sau severe (tab.1). De menționat, că forma severă mai frecvent s-a înregistrat în shigeloză flexneri (25%) cu predominarea sindromului toxic (12,5%) și colitic (12,5%). În shigeloză sonnei forma severă s-a stabilit în 19,4% din cazuri și a predominat sindromului toxic (16,7%), dar a fost un caz de forma severă mixtă (2,7 %).

Hemoleucogramele pacienților din studiu au prezentat: anemie gr. I (9%), leucocitoză (28,8%), neutrofilie (36,5%), VSH crescută (30%).

Confirmarea shigelozei a fost prin metoda bacteriologică la 26 pacienți, serologică – la 23 și clinico-epidemiologică – la 3 copii. Coproculturile au fost pozitive numai la 50% din lotul de pacienți, mai frecvent în shigeloză sonnei.

La un copil de 3 ani s-a depistat Sh.sonnei și Salm.typhimurium (fig. 2).

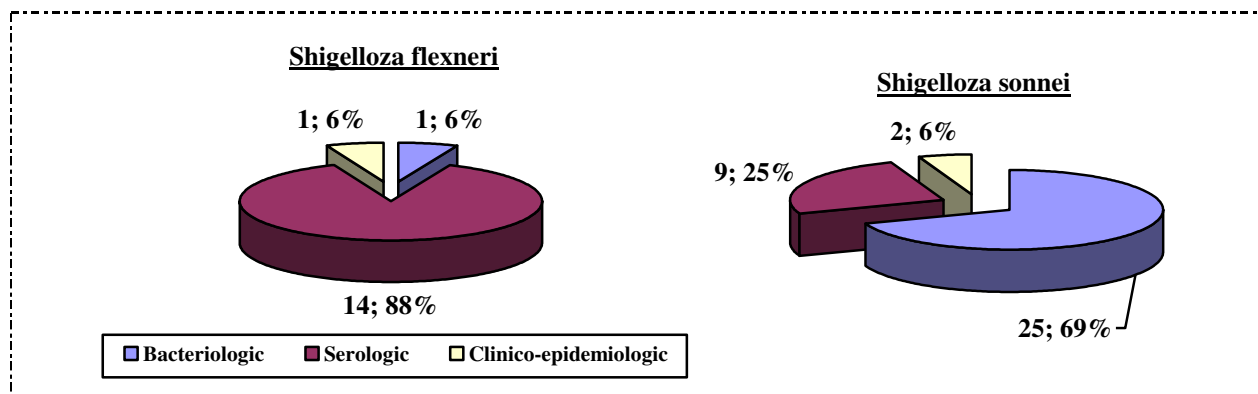


Figura 2. Confirmarea shigelozei sonnei și flexneri

Tratamentul copiilor cu shigeloză s-a efectuat, aplicându-se schema tradițională de tratament a bolilor diareice acute. În scopul prevenirii deshidratării, tuturor copiilor li s-au administrat lichide peroral - soluție pentru rehidratare orală (SRO), în conformitate cu recomandările OMS. În scop de detoxifiere în 15 cazuri s-au efectuat perfuzii endovenoase. Toți bolnavii au beneficiat de tratament antimicrobian, inclusiv cu nifuroxazid, antibiotice pe parcurs a 5 zile. Probiotice, vitamine au primit toți copiii.

Pacienții s-au externat din spital cu vindecare (63,5%) sau ameliorare (36,5%).

În shigeloză forma severă au fost înregistrate complicații: nefrită toxică, hepatita toxică, pancreatita, dismicrobism intestinal.

Durata spitalizării a pacienților cu shigeloză a fost de 7-8 zile în 50% din cazuri, 5-6 zile – în 42,3%, 9-10 zile – 7,7%.

Concluzii

1. Shigeloză sonnei a fost la copii cu vârsta până la 10 ani, în special 1-5 ani, pe când shigeloză flexneri – la copiii cu vârsta 14-17 ani. Shigeloză a păstrat caracterul sezonier.

2. Shigeloză a evoluat preponderent în formă medie (78,8%), forma severă s-a înregistrat mai frecvent în shigeloză flexneri

3. Diagnosticul shigelozei sonnei a fost confirmat mai frecvent bacteriologic (69,4%), pe când al shigelozei flexneri - serologic (87,5%).

Bibliografie

1. Cupșa A. Boli infecțioase transmisibile, Curs universitar, Craiova, 2007.
2. Galina Rusu și coaut., Boli infecțioase la copii., Manual, Chișinău, 2012.
3. Iliana Rebera, Boli infecțioase, Editura medicală, București, 2000.
4. Ordin nr.385 din 12.10.2007 „Cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile în RM”, Chișinău.

5. Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova. MS RM, Chișinău - 2011, 2012.
6. Victoria Zanc, Boli infecțioase, Cluj-Napoca, 2011
7. Воротынцева Н.В., Мазанкова Л.Н.//Острые кишечные инфекции у детей.// Москва. Медицина, 2001, 477 с.
8. Покровский В.И., Пак С.Г., Инфекционные болезни и эпидемиология, Москва, 2004.
9. Тимченко В.Н., Леванович В.В.//Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача.// Санкт-Петербург, 2011, 543 с.
10. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В., Инфекционные болезни у детей, Москва, 2011.

PARTICULARITĂȚILE CRIPTOSPORIDIOZEI LA COPIII PÎNĂ LA 5 ANI

**Galina Rusu¹, Gheorghe Plăcintă¹, Diana Pruneanu², Victor Mușuc², Angela Vămășescu²,
Tatiana Juravliov¹, Olesia Olevschi²**

Catedra Boli infecțioase FECMF, Clinica Boli infecțioase la copii USMF „Nicolae Testemițanu”¹
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Boli infecțioase de copii²

Summary

Particularities of Cryptosporidiosis in children under 5 years

The authors present a retrospective study on a group of 66 patients with *Cryptosporidium Parvum*. It was examined the evolution of *Cryptosporidium* in children in terms of age and clinical forms.

Rezumat

Autorii prezintă un studiu retrospectiv pe un lot de 66 pacienți cu Criptosporidioză. S-a analizat evoluția Criptosporidiozei la copii în funcție de vîrstă și formele clinice ale bolii.

Actualitatea

Criptosporidioza umană este determinată de *Cryptosporidium hominis*, pentru care oamenii reprezintă gazda natural și *Cryptosporidium parvum*, care infectează atât bovinele cât și oamenii [1]. Criptosporidioza afectează mai ales copii cu vîrstă pînă la 5 ani. Criptosporidioza este recunoscută și drept cauză de diaree persistentă la copii și diaree prelungită severă la persoanele cu HIV și SIDA. Criptosporidioza este considerată de către unii autori printre primii trei-patru enteropatogeni la om. Este una din cele mai răspândite și comune boli din ultimii 20 de ani [2]. Boala a fost diagnosticată prima dată la om în 1976, iar în 1984 s-a consemnat prima epidemie hidrică de criptosporidioză. În ultimul deceniu frecvența și amploarea acesteia a devenit dramatică.

Persoanele cu risc major de infectare pentru criptosporidioză sunt reprezentate de copii, virful de incidență fiind la copii sub 5 ani, persoanele malnutrite cu imunodificiență, bolnavii de SIDA, cei care au suportat transplant de organe, cei supuși chimioterapiei, precum și pacienții cu boli imunosupresive [3].

Sursele principale de infecție pentru om sunt: animalele bolnave, în special vițeii, bolnavi sau purtători, manipularea produselor de persoane cu mâinile nespălate în locurile unde vegetalele sunt ambalate, depozitate, vîndute sau preparate, alimentele spălate cu apă contaminată, animalele marine insuficient preparate termic, apa din bazine de înot, folosirea apei contaminate la irigații [4].

Transmiterea infecției se realizează pe cale orală, hrana și apa fiind mijloacele cele mai importante de vehiculare a oocisturilor. Transmiterea poate avea loc fie în mod direct prin contact cu indivizi infectați, fie indirect prin intermediul mediului extern contaminat cu