

616.9
M39

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

C. Andriuță, V. Pântea, T. Holban, Irina Rusu

**MATERIALE DIDACTICE ÎN BOLILE
INFECȚIOASE, TROPICALE ȘI
PARAZITARE**

Ghid practic pentru studenți și rezidenți

Chișinău
2004

876.9
A39

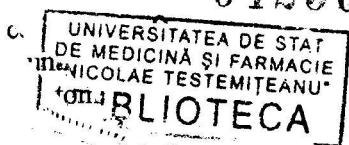
Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

C.Andriuță, V.Pântea, T.Holban, Irina Rusu

**MATERIALE DIDACTICE ÎN BOLILE
INFECȚIOASE, TROPICALE ȘI
PARAZITARE**

Ghid practic pentru studenți și rezidenți

642561



32

Chișinău

Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2004

CZU 616.91/.93+616.98/.99 (075.8)

M 47

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF
Nicolae Testemițanu cu nr. 5 din 19 februarie 2004

Referenți:

Galina Rusu, șef al catedrei Boli infecțioase la copii a USMF
Nicolae Testemițanu, doctor în medicină, confe-
rențiar universitar

Tudor Gheorghiuță, șef al catedrei Microbiologie, virusologie și
imunologie cu curs de perfecționare a
medicilor, doctor habilitat în medicină,
profesor universitar

Redactori didactici și științifici:

Petru Galețchi, doctor în medicină, profesor universitar

Constantin Andriuță, doctor habilitat în medicină, profesor
universitar, Om Emerit al Republicii Moldova

Redactor: *Lidia Căssa*

Corector: *Nicolae Bătrânu*

Machetare computerizată: *Veronica Istrati*

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Materiale didactice în bolile infecțioase, tropicale și parazitare:
Ghid practic pentru studenți și rezidenți. / C. Andriuță, V. Pântea, T. Hol-
ban, Irina Rusu; Min. Sănătății al Republicii Moldova. Universitatea de
Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu* – Ch.: CEP *Medicina*,
2004. – 182 p.

Bibliograf. P. 179. (18 tit.)

ISBN 9975-907-56-3

100 ex.

616.91/.93+616.98/.99 (075.8)

© CEP *Medicina*, 2004

ISBN 9975-907-56-3

© C. Andriuță, V. Pântea și alții, 2004

Introducere

Conform programelor de studii, pentru instruirea studenților și rezidenților e necesar de a cunoaște și însuși nu numai etiologia, epidemiologia, patogenia, tabloul clinic, diagnosticul diferențial, terapia și profilaxia bolilor infecțioase, tropicale și parazitare, dar și de a acumula un anumit volum de deprinderi practice la patul bolnavilor, precum și de a efectua o apreciere clinică a multor indici de laborator importanți pentru confirmarea diagnosticului și monitorizarea eficienței tratamentului la pacienții cu aceste patologii. Studenții, și mai ales rezidenții, trebuie de asemenea să însușească bine criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților, care au suportat diferite boli infecțioase, tropicale și parazitare, ce mai pot servi ca sursă de infecție și invazie pentru persoanele sănătoase din anturaj. Mai rămâne imperioasă și necesitatea de a cunoaște bine funcțiile și condițiile de activitate a spitalului și cabinetului de boli infecțioase din Centrul medicilor de familie, unde ei își vor face studiile, pentru a intra în esențialul patologiei infecțioase, a preîntâmpina răspândirea acestor maladii printre alți bolnavi, dar și pentru protejarea personală. Și nu în ultimul rând, studenții și rezidenții trebuie să însușească și să cunoască la perfecție planul de anchetare și examinare a bolnavilor cu diverse boli infecțioase, tropicale sau parazitare pentru a putea preciza diagnosticul acestora și efectua terapia adecvată.

De menționat, cu regret, că aceste compartimente ale patologiei infecțioase și parazitare nu au fost elucidate în compendiile și manualele de boli infecțioase mai vechi (Pokrovski V. și coaut., 1986; Voiculescu M., 1990; Șuvalov E., 1990) și nici în cele mai noi (Șuvalov E., 1995; Chiotan M., 1998; Rebedea I., 2000). O elucidare fragmentară a compartimentelor enumerate a fost întreprinsă de noi prin intermediul unor indicații metodice pentru studenți (Andriuță C. și coaut., 1990, 1992, 1995), însă și ele sunt de acum depășite.

În legătură cu cele expuse mai sus, a fost alcătuit acest ghid practic, menit să acopere golul informațional - didactic și să contribuie la o pregătire mai bună a viitorilor medici la absolvirea facultăților de medicină generală și stomatologie, precum și la o studiere mai amplă, mai aprofundată a patologiei infecțioase și parazitare atât în rezidențiatul de boli infecțioase, cât și de alt profil.

O argumentare în favoarea editării acestui ghid practic servește, de asemenea, și schimbarea denumirii catedrei din "Catedra Boli infecțioase" în "Catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală", începând cu anul de studii 2002–2003. Totodată, în legătură cu împrăștierea conaționalilor noștri pe tot globul pământesc în căutarea surselor de existență, s-a creat o situație epidemiologică nefavorabilă, când în Republica Moldova pot fi importate unele boli infecțioase, tropicale sau parazitare, care până în prezent, în genere, nu s-au întâlnit și nu s-au depistat. Unele boli tropicale se pot ivi în țara noastră în legătură cu schimbarea climei.

Ghidul practic include descrierea funcțiilor spitalului, a cabinetului de boli infecțioase, a planului de anchetare și examinare a bolnavului infecțios sau parazitat, a deprinderilor practice principale clinice și a investigațiilor de laborator la pacienții cu maladii infecțioase sau parazitare, de asemenea, elucidarea criteriilor de internare, de externare și dispensarizare ale acestora. La elaborarea lui s-a ținut cont de atitudinea studenților și rezidenților față de aceste compartimente de studii, fiind insuficient elucidate în literatura didactică și de specialitate, precum și de datele bibliografice recente, de asemenea, și de experiența bogată a autorilor, acumulată în acest domeniu pe parcursul a mai multor ani de activitate științifică, didactică și curativă.

Actualul ghid practic este adresat studenților din anii IV, V, VI ai facultăților Medicină generală și Stomatologie, rezidenților infecționiști, interniști, de alte specialități, precum și tinerilor medici infecționiști, epidemiologi, de familie, laboranți, parazitologi și de alte specialități.

I. Structura și funcția spitalului de boli infecțioase

Spitalul de boli infecțioase este o instituție curativă și antiepidemică, în care se stabilește diagnosticul, se acordă asistența medicală specializată și calificată bolnavilor cu maladii infecțioase, tropicale și parazitare.

Spitalizarea bolnavilor infecțioși constituie o măsură deosebit de importantă în cadrul activității sanitaro - antiepidemice. Ea asigură nu numai diagnosticarea precisă a maladiilor, tratamentul lor rațional, îngrijirea medicală adecvată a bolnavilor, dar și o izolare completă de la cei din jur, prevenind răspândirea de mai departe a acestor patologii infecțioase. Dispozițiile sanitare în vigoare prevăd spitalizarea obligatorie și facultativă a pacienților cu boli infecțioase și parazitare. Printre bolile facultative pot fi următoarele: formele ușoare și medii de rujeolă, rubeolă, varicelă, gripă, viroze ale căilor respiratorii superioare, scarlatină, tuse convulsivă, infecție enterovirală, toxiiinfecții alimentare (forme ușoare), dizenterie (forme ușoare); unele boli protozoice și helmintiaze. Spitalizarea bolnavilor cu aceste boli infecțioase și parazitare se va rezolva individual, în baza datelor clinice și epidemiologice.

Spitalele de boli infecțioase pot fi de tip municipal, sectorial, județean, regional, republican, de ținut, cu un număr de paturi de 100–250–500 și mai mult. Dacă în unele orașe lipsesc spitalele de boli infecțioase, atunci pe lângă instituțiile curativ-profilactice se construiesc secții de boli infecțioase cu 75–100 paturi și mai mult, iar pe lângă spitalele sectoriale (raionale) – secții de 25–60 și mai multe paturi. Spitalele de boli infecțioase mai pot fi mixte (pentru diverse boli) și specializate (pentru o singură boală infecțioasă – holeră, pestă etc.); pot fi spitale pentru adulți și copii împreună sau aparte. Spitalele de boli infecțioase, la baza cărora se situează catedrele de boli infecțioase, se mai numesc clinice.

Sistemul de construcție a spitalelor de boli infecțioase poate fi în bloc, pavilionar sau mixt. Sistemul pavilionar prevede

spitalizarea bolnavilor care suferă de aceeași maladie infecțioasă în blocuri separate.

În cazurile, când spitalul de boli infecțioase este amplasat într-un bloc cu multe etaje, repartizarea pacienților se va efectua pe etaje, unde fiecare din ele va fi prevăzut pentru o anumită categorie de boli infecțioase. Bolnavii cu diverse infecții ale căilor respiratorii (rujeola, scarlatina, oreionul, rubeola, virozele căilor respiratorii, infecția meningococică etc.) se vor repartiza la etajele de sus. La construirea spitalului se va atrage atenția asupra fluxului tehnologic al pereților, pereților separatori, geamurilor de supraveghere, pentru a preveni pătrunderea agenților patogeni în coridoare, dintr-un salon în altul. Este prevăzută construcția de boxe (pentru 1, 2 sau 3 paturi) și semiboxe, care vor permite repartizarea bolnavilor în saloane cu aceeași infecție.

În componența spitalului de boli infecțioase sunt incluse următoarele subdiviziuni: secția de internare și secțiile sau blocurile curative.

Serviciul de internare e compus din boxe de examinare și blocuri: administrativ, izolator și secția de dezinfectie (cu etuvă). Blocurile curative vor include și secții specializate pentru internarea bolnavilor cu o monoinfecție; secții-boxe pentru diagnostic, în care este necesar să fie pregătite și boxe pentru izolarea bolnavilor cu infecții de carantină; secții-semiboxe pentru spitalizarea copiilor cu boli infecțioase respiratorii, boli intestinale neconfirmate prin analize de laborator; secții de reanimare (saloane), radiologie, ultrasonografie, fizioterapie; laboratoare: clinic, bacteriologic, virusologic, serologic, imunologic și biochimic; farmacie; secția centrală de sterilizare, de morfo-patologie (proiectură); bucătărie (inclusiv bucătărie de lactate); spălătorie, depozite și secția de gospodărie.

Funcțiile principale ale spitalului de boli infecțioase sunt: prelucrarea sanitară a bolnavilor spitalizați, dezinfectia și dezinsecția (deparazitarea) îmbrăcămintei lor, repartizarea corectă a bolnavilor în secții și saloane corespunzător caracterului

afecțiunii, stabilirea diagnosticului corect; îngrijirea adecvată a bolnavilor, realizarea măsurilor curative, respectarea regimului antiepidemic, inclusiv profilaxia infecțiilor nosocomiale (infecții intraspitalicești); externarea din spital a convalescenților cu respectarea următoarelor reguli: controlul clinic și de laborator, prescrierea unui regim de muncă, dietetic, de supraveghere dispensarică etc.

Secția de internare execută următoarele funcții: examinarea bolnavilor, stabilirea preventivă a diagnosticului maladiei, acordarea asistenței medicale de urgență, completarea materialelor pentru investigațiile de laborator, prelucrarea sanitară, completarea foii de observație și a altor documente necesare, plasarea bolnavilor în secții, saloane, boxe; dezinfecția și deparazitarea hainelor, completarea comunicatului de urgență pentru Centrul antiepidemic teritorial, eliberarea certificatului (buletinului) medical pacienților spitalizați.

Bolnavii de boli infecțioase transportați de ambulanțe sanitare sunt primiți în boxe separate, destinate pentru anumite maladii. Boxa în care este examinat bolnavul trebuie să aibă o intrare din exteriorul și o ieșire separată din interiorul curții spitalului. Boxa de internare trebuie să fie amenajată cu tot echipamentul necesar pentru acordarea ajutorului de urgență bolnavilor internați (primiți) în spital. Copiii bolnavi internați în spital sunt supuși unui examen medical în boxe speciale după sistemul Meltzer. Astfel de boxe sunt compuse dintr-un vestibul cu intrarea directă din afară, din boxa propriu-zisă cu cameră de baie, veceu, un vestibul interior pentru hainele personalului medical, un lavoar. Prin vestibulul interior, ce comunică cu coridorul printr-o ușă cu geamuri închise ermetic, intră și iese personalul medical pentru a deservi pacienții.

Un rol important în prevenirea infecțiilor nosocomiale îl deține culegerea și concretizarea minuțioasă a anamnezei epidemiologice în secția de internare, ce va ușura cu mult stabilirea diagnosticului și depistarea eventualelor contacte cu alți

bolnavi, fapt ce poate conduce la dezvoltarea infecțiilor mixte. Aici pentru fiecare bolnav spitalizat se completează foaia de observație clinică a bolnavului cu descrierea datelor principale subiective și obiective, de asemenea, și a anamnezei epidemiologice, culeasă minuțios de la bolnav și rude. În foaia de observație, medicul de gardă indică prelucrarea sanitară (spălarea în baie, sub duș sau numai prelucrarea cu o soluție insecticidă a părților acoperite cu păr), modul de transportare a bolnavului în secție, argumentează diagnosticul prezumtiv, efectuează prescripțiile medicale de tratament și indică analizele respective de laborator, care urmează să fie executate în primele ore după spitalizare. O parte din analize se colectează chiar în secția de internare. Dacă starea bolnavului este satisfăcătoare, el poate fi scăldat în baie sau sub duș. Bolnavii slăbiți sunt fricționați pe corp cu un ștergar muiat în apă caldă, amestecată cu apă de colonie sau cu oțet de 0,5%. Unghiile de la mâini și picioare se taie. După toaleta fiecărui bolnav, buretele se fierbe, iar baia, camera de duș se spală cu apă fierbinte, în care se adaugă substanțe dezinfectante. Apele utilizate la spălarea bolnavilor sunt dezinfectate prin instalațiile de clorare sau cu soluție de clorură de var de 10% la o expoziție de 2 ore, după care se admite scurgerea lor în canalizație. Materiile fecale și urina de la bolnavi se dezinfectează tot cu o soluție de clorură de var de 10% la o expoziție de 2 ore și numai după aceasta se admite scurgerea lor în canalizație.

Instrumentele medicale de uz curent, după utilizarea lor, vor fi sterilizate, vor mai fi dezinfectate halatele, bonetele, măștile personalului medical. Vor trece o prelucrare sanitară brancardele și cărucioarele cu care au fost transportați bolnavii. Lenjeria bolnavilor se colectează într-un săculeț numerotat, strâns legat la gură și se expediază la spălătorie, unde se murează într-o soluție de cloramină de 0,5%, se fierbe, apoi se spală cu săpun sau se dezinfectează în etuvă. Dacă lenjeria are paraziți, se tratează cu săpun hexaclorociclohexan de 3% sau cu soluție de pedilină.

Îmbrăcămintea bolnavului spitalizat, după sortarea ei, se pune într-un sac închis și se trimite în camera de dezinfectare.

În secția de internare se prevede un duș separat pentru personalul medical.

Secțiile de boli infecțioase servesc pentru spitalizarea, examinarea și tratarea bolnavilor. Numărul de secții în componența spitalului de boli infecțioase depinde de numărul de paturi desfășurate. În secția de boli infecțioase sunt prevăzute saloane pentru bolnavi, bloc alimentar, camere pentru lucrătorii medicali (medici, asistente medicale), camere pentru manopere medicale (proceduri), cameră de relaxare a personalului, vestiar pentru hainele personalului și vestiar separat pentru halate, veceu.

O secție de boli infecțioase poate avea în medie 40–60 de paturi.

Regimul sanitaro-igienic prevede curățenie în saloane și în toate celelalte încăperi ale secției, dezinfectie și deratizare, spălarea regulată a bolnavilor și schimbarea lenjeriei de pat și de corp, respectarea strictă atât de către bolnavi, cât și de personalul de deservire a regulilor igienei personale. În saloane se șterg de 2-3 ori pe zi podelele cu o perie învelită cu o cârpă umedă, apoi se spală cu o soluție de clorură de var de 0,5% sau cu alt dezinfectant podelele din coridoare și celelalte încăperi. Este necesară aerisirea periodică a coridoarelor. În timpul verii, geamurile saloanelor se acoperă cu o plasă deasă de metal sau masă plastică, să nu intre muștele și țânțarii. Fiecare bolnav, dacă îi permite starea sănătății, trebuie să facă o dată în săptămână baie sau duș. Bolnavilor gravi, slăbiți li se aplică pe corp fricțiuni umede. Toate obiectele de care se folosește bolnavul (plosca, termosul, colacul de gumă, ștergarele, băsmăluțele, etc.) trebuie individualizate în cel mai strict mod. În veceu trebuie să fie vase cu o soluție de clorură de var de 10%, din care se prepară soluțiile respective pentru prelucrarea ploștilor, podelelor, olițelor de noapte individuale și a altui inventar. Materiile vomitive, digestiile bolnavilor sunt colectate în vase speciale, unde se

dezinfecțiază cu o soluție de clorură de var de 10%, amestecându-se în cantități egale, sau sunt presărate cu clorură de var uscată într-o proporție de 1:5 cu o expoziție de 2 ore, după care se pot arunca în canalizație sau veceu.

Lenjeria de pat și de corp se colectează în saci (e de preferat să fie impermeabili) și se expediază la spălătorie. Geamurile, ușile, mobila vor fi spălate, iar tavanele șterse o dată pe lună, iarna, și de 2 ori – vara.

Obiectele, care au fost în folosința bolnavului, jucăriile se dezinfecțiază prin fierbere timp de 15 minute ori prin scufundare pe o oră în soluție de cloramină de 1%.

Hrana pentru bolnavi se prepară în bucătăria centrală ce deservește întreg spitalul. Încălzirea hrănilor aduse în secție, repartizarea în porții și distribuirea ei conform numărului de mese după Pevzner se efectuează în blocul alimentar, care trebuie să fie completamente izolat de saloane și celelalte încăperi. Blocul alimentar include bufetul, camera de distribuire a hrănilor și spălătoria. Vasele murdare se scufundă timp de o oră într-o soluție de cloramină de 0,5% (uneori și mai concentrată), iar după aceea se fierb. Dacă blocul alimentar dispune de un dulap pentru dezinfecția uscată, atunci vesela spălată (după eliberarea ei de resturile de hrană), va fi instalată în el timp de 45 minute la o temperatură de 180°C. Resturile alimentare vor fi colectate în vase închise (găleți cu capac), unde vor fi presărate cu clorură de var uscat, cu o expoziție de 2 ore și după aceea aruncate în lada de gunoi ori în sistemul de canalizare.

În blocul sanitar al secției se prevede camera de baie, instalație pentru duș, lavoare, unde se vor spăla bolnavii. Veceul constă din cabine, numărul cărora depinde de numărul paturilor din secția dată. În secțiile de boli infecțioase se prevede amenajarea camerei pentru olițele de noapte individuale și, de asemenea, un punct sanitar de dezinfecție și profilaxie pentru personalul medical.

Saloanele sunt deservite de una sau câteva asistente medicale de serviciu. Pentru executarea prescripțiilor medicale, la dispoziția asistentei se află dulapuri cu medicamente, seringi, ace jetabile, sterilizatoare, termometre și alte instrumente și materiale ce servesc la îngrijirea și tratarea bolnavilor. Toate procedurile de diagnostic și curative se execută într-o încăpere specială. Pentru supravegherea bolnavilor gravi se stabilește un post medical individual (asistentă, iar la necesitate și medic).

Documentul principal, unde se înregistrează datele supravegherii bolnavului, este foaia de observație clinică. Descrierea ei mai detaliată va fi elucidată în continuare.

În timpul studiului în clinica de boli infecțioase studenții și rezidenții sunt datori să respecte etica și deontologia medicală, regimul antiepidemic și de protecție. În timpul curăției bolnavului, studenții și rezidenții trebuie să desfășoare o propagandă antialcoolică, contra fumatului, drogurilor și să le vorbească despre daunele autotratamentului. În convorbirea cu bolnavii, studenții și rezidenții trebuie să fie atenți, amabili, binevoitori, mărinimoși, generoși. În timpul examinării bolnavului cu o infecție aerogenă ei trebuie să îmbrace masca. După examinarea fiecărui bolnav și la plecarea studenților și rezidenților din clinică se vor spăla minuțios mâinile cu apă și săpun.

Nu sunt admiși la curăția bolnavilor studenții care nu posedă stetofonendoscop, cu unghii mari, neglijenți, care nu fac față profesiei de medic. Îmbrăcămintea specială a studenților trebuie să fie curată și călcată. Mânele nu trebuie să iasă de sub halat, părul este necesar să fie ascuns sub bonetă. În clinica de boli infecțioase este interzis, nu se admite de a lua cu sine cărți și alte obiecte individuale, se interzice așezarea pe patul bolnavului. Studenții și rezidenții vor servi mâncarea în camere speciale, iar înainte de masă ei sunt datori să-și spele mâinile cu apă și săpun.

II. Funcția cabinetului de boli infecțioase

Cabinetul de boli infecțioase (CBI) se organizează în componența Centrului medicilor de familie (CMF). Conform normativelor titulare, personalul CBI se stabilește în baza raportului: câte un medic, o asistentă medicală și o infirmieră la 30–60 mii de populație. Conduce CBI medicul infecționist de categorie înaltă, care se supune șefului CMF. Medicul CBI, împreună cu colaboratorii Centrului antiepidemic (CA) teritorial (sectorial sau județean) și cu alți specialiști ai CMF, alcătuiesc planul complex de combatere a bolilor infecțioase și îl respectă în tocmă. Unul din obiectivele principale ale medicului CBI este ridicarea nivelului cunoștințelor medicilor și asistentelor medicale din CMF, de asemenea, și din staționarele somatice, în domeniul patologiei infecțioase. La elaborarea graficului de activitate a CBI e rațional de a evidenția zile sau ore speciale de primire a convalescenților cu diverse boli infecțioase și parazitare aflați la evidența dispensarică. O zi în săptămână se rezervează pentru activitatea organizatorico-metodică, pentru alcătuirea dării de seamă și vizitarea instituțiilor medicale teritoriale.

Funcțiile CBI sunt :

1. activitatea organizatorico-metodică;
2. activitatea de diagnosticare, curativă și consultativă;
3. supravegherea dispensarică a unor contingente de convalescenți după suportarea bolilor infecțioase sau parazitare, a unor bolnavi cronici și purtători de germeni;
4. efectuarea instruirii sanitare și profilaxiei în rândurile maselor largi ale populației.

1. Activitatea organizatorico-metodică

Toți bolnavii și purtătorii de germeni se înscriu de către asistenta medicală în registrul de evidență a bolilor infecțioase (forma de evidență – f.e.nr.60). Medicul CBI trebuie permanent să efectueze analiza bolilor infecțioase și invazive, de asemenea, și a eficacității măsurilor profilactice atât în CMF, cât parțial și pe sectoare în teritoriu. E necesar să fie precizate cauzele sporirii morbidității, să fie analizate erorile de diagnostic și să fie discutate la ședințele sau conferințele medicale ale CMF. E știut faptul că o mare importanță în reducerea morbidității de boli infecțioase o are profilaxia specifică prin vaccinare. Împreună cu epidemiologul din CA sectorial sau județean, medicul CBI acordă asistență metodică lucrătorilor medicali ai CMF, punctelor medicale, medicilor din oficiile medicilor de familie (OMF), la efectuarea măsurilor profilactice în focarele de boli infecțioase sau parazitare.

Medicul CBI și șeful CMF poartă răspundere de pregătirea personalului medical pentru îndeplinirea acțiunilor antiepidemice în caz de depistare a bolnavului sau a persoanei suspecte la o infecție de carantină în incinta CMF sau la domiciliu. Este necesar să se precizeze numărul și rezervele hainelor de protecție și cantitățile de substanțe dezinfectante. Medicul CBI, împreună cu epidemiologul din CA, supraveghează starea cetățenilor străini și autohtoni întorși din focarele epidemice ale diferitelor țări. Evidența acestor persoane și rezultatele consultațiilor (examinărilor) lor se înscriu într-un registru special.

2. Activitatea de diagnosticare, curativă și consultativă

Sistematic se atrage atenția asupra calității controlului clinic și de laborator al bolnavilor cu febră ridicată, persoanelor ce suferă de colecistită, gastrită etc.

Rolul principal în depistarea precoce și completă a bolnavilor infecțioși le revine medicilor de familie și celor de la punctele

medicale, iar medicul infecționist le acordă ajutorul consultativ necesar. Trebuie să se aibă în vedere că la baza diagnosticului se află cele mai principale simptome clinice ale maladiei. În caz de necesitate, în afară de datele clinice și epidemiologice, se mai folosesc metodele de laborator și instrumentale. Bolnavii cu tablou clinic caracteristic bolilor infecțioase, diagnosticul cărora nu prezintă dificultăți, nu se îndrumează de medicul de familie în CBI. Ei se îndrumează în secțiile de boli infecțioase de specialiștii care i-au depistat. Medicul CBI acordă ajutor consultativ medicilor de familie la tratarea bolnavilor infecțioși aflați la domiciliu, iar în unele cazuri îi vizitează și-i consultă personal.

Medicul CBI e obligat în mod sistematic să analizeze activitatea pentru precizarea diagnosticului ca și activitatea curativă, elucidând următoarele chestiuni:

- a) termenele de precizare a diagnosticului bolilor infecțioase din momentul îmbolnăvirii și adresării după asistență medicală;
- b) data și ziua contactării maladiei la internarea în spitalul infecțios, data îmbolnăvirii și data adresării după asistență medicală;
- c) aplicarea metodelor de laborator și instrumentele pentru confirmarea diagnosticului;
- d) coincidența diagnosticului de îndrumare și spitalizare cu diagnosticul clinic definitiv precizat (stabilit) în spital.

Analiza generală a activității de diagnostic și curativă a CBI timp de un an se anexează la darea de seamă anuală a CMF.

3. Organizarea supravegherii dispensarice a convalescenților de boli infecțioase și parazitare acute sau cronice

Pentru a înlăptui acest lucru cu succes este nevoie să se respecte admisibilitatea colaborării și conlucrării medicilor infecționiști din staționar și cei din CBI. Scopul supravegherii dispensarice constă în prevenirea recidivelor și a formelor de maladii cronice, depistarea purtătorilor de germeni, izolarea și tratarea la timp a acestei categorii de persoane. În funcție de condițiile locale, supravegherea dispensarică se efectuează de către medicii de familie sub controlul CBI sau direct de medicul CBI. Pentru fiecare convalescent, bolnav cronic sau purtător de germeni, în caz de necesitate a supravegherii dispensarice, medicul completează fișa evidenței de control (f.e.nr.30). Ea servește pentru a controla frecventarea foștilor bolnavi a CBI și permite într-un timp scurt de a afla nominal persoanele care se află la evidența dispensarică. Durata evidenței medicale a convalescenților se stabilește în conformitate cu ordinele și indicațiile metodice în vigoare.

4. Activitatea de iluminare sanitară și măsurile de profilaxie

Conținutul principal în activitatea de iluminare sanitară constă în explicarea și convingerea populației privind necesitatea deprinderilor și a măsurilor sanitaro-igienice. Este cunoscut faptul că la ridicarea rezistenței organismului uman față de bolile infecțioase o mare importanță aparține stării fizice a acestui organism, iar în profilaxia multora din ele – educației sanitaro-igienice. Trebuie să se explice sistematic și argumentat acțiunea dăunătoare a alcoolului și fumatului la formarea imunității specifice și a factorilor nespecifici de rezistență a organismului uman contra diferitelor boli infecțioase și parazitare. La efectuarea

activității de iluminare sanitară în masele largi ale populației urmează să se ia în considerare morbiditatea în localitatea respectivă și, de asemenea, particularitățile profesionale ale ascultătorilor, să se acorde atenție deosebită manifestărilor primare ale unei sau altei boli infecțioase, parazitare daunei autotratamentului și necesității adresării precoce după ajutorul medical.

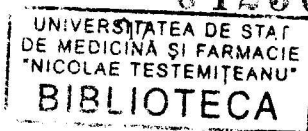
Medicul CBI trebuie permanent să-și perfecționeze activitatea, bazându-se și contând pe ajutorul din partea conducătorilor organelor ocrotirii sănătății, al serviciului antiepidemic și al specialiștilor principali.

III. Planul de examinare a bolnavului cu maladie infecțioasă, tropicală sau parazitară

Bolile infecțioase și parazitare se deosebesc de cele somatice prin contagiozitate – posibilitățile de a se transmite de la omul bolnav la cel sănătos; persoanele sănătoase la rândul lor se mai pot molipsi de la animalele bolnave. Stabilirea diagnosticului prezumtiv de maladie infecțioasă trebuie să fie cât mai precoce în scop de izolare a bolnavului la timp și tratarea lui adecvată, de asemenea și pentru efectuarea timpurie a măsurilor antiepidemice în focarul epidemic. La toți bolnavii cu maladii infecțioase sau parazitare internați în spital se completează foaia de observație clinică.

Foaia de observație a bolnavului prezintă un document de mare importanță clinică și juridică. Completarea foii de observație este un element principal în activitatea mediului. Ea asigură îndeplinirea măsurilor de diagnosticare, antiepidemice și contribuie la confirmarea precisă a diagnosticului clinic, de asemenea și la tratarea bolnavului. În foaia de observație trebuie să fie elucidată evoluția maladiei în dinamică și eficacitatea tratamentului. În baza foii de observație se studiază cauzele maladiei, se efectuează expertiza capacității de muncă și medico-legală, se trasează măsuri concrete antiepidemice și de profilaxie. Foaia de observație se consideră unul dintre indicii principali ai activității staționarului. Ea favorizează dezvoltarea gândirii clinice și a măiestriei profesionale a medicului. Foile de observație clinice elucidează succesele medicinei naționale și pot fi utilizate pe larg în diverse cercetări științifice. Medicul trebuie să considere întocmirea foii de observație ca o parte inalienabilă a activității sale, în timpul căreia el fixează observațiile sale și acțiunile medicinale – rezultatul gândirii creatoare la patul bolnavului. Calitatea înaltă, completarea riguroasă în cunoștință de cauză a acestui important document medical poate fi calificată ca o atitudine grijulie față de bolnav și atitudine binevoitoare față

642561



de viitorul lui. Concomitent cu aceasta, studentul își verifică și confirmă deprinderile practice la examinarea multilaterală a bolnavului și la descrierea logică a datelor acumulate. Bolnavul trebuie să fie examinat atent, minuțios și chibzuit. În timpul convorbirii cu el trebuie să se respecte strict principiile deontologice și e de dorit ca studentul să cultive bolnavului unele noțiuni sanitaro-igienice.

Dat fiind faptul că în patologia infecțioasă chestiunile de diagnosticare a maladiei la etapele precoce se rezolvă numai în baza datelor de anamneză a bolii și a celor epidemiologice, studentul trebuie să clarifice activ și detaliat și să descrie cu iscusință anamneza.

Datele obiective depistate trebuie analizate pe parcursul evoluției maladiei, ținându-se cont de momentele apariției și dispariției lor.

1. Schema foii de observație pentru student

Coperta foii de observație se prezintă în felul următor:

Catedra de boli infecțioase,
tropicale și parazitologie medicală
a USMF "Nicolae Testemițanu"
Șeful catedrei, profesorul universitar,
domnul (a) _____

numele, prenumele

Lectorul, domnul (a) _____

numele, prenumele,

Foaia de observație

Prenumele și numele bolnavului _____

Diagnosticul clinic (de indicat pe deplin forma clinică, gradul de
gravitate, perioada și durata maladii) _____

Complicațiile _____

Bolile concomitente _____

Studentul (a) curator _____

Grupa nr. _____ anul _____ a facultății _____

Notă: Aceste date, de asemenea, se înscriu pe coperta foii de
observație.

2. Datele de pașaport ale bolnavului

a) prenumele, numele bolnavului (ei) _____

b) vârsta _____ c) locul de trai _____

d) locul de muncă, postul, profesia _____

e) data internării și ziua contractării maladii _____

f) de cine a fost îndrumat și transportat _____

g) diagnosticul de îndrumare _____

h) diagnosticul în secția de internare _____

- i) diagnosticul clinic (forma, gradul de gravitate, perioada și durata bolii) _____
- î) complicațiile _____
- j) bolile concomitente _____

3. Acuzele bolnavului (ei) în ziua curației de către student (la a câta zi a maladiei)

Se enumeră toate acuzele, pe care le-a prezentat bolnavul în ziua curației, examinându-se cu atenție la starea lui generală (slăbiciuni, cefalee, vertijuri, insomnie, inapetență etc.). La convorbirea cu bolnavul trebuie să nu ne limităm numai la spusese lui, dar să mai precizăm activ unele date subiective.

4. Anamneza maladiei

Anamneza maladiei necesită o descriere cronologică, o reflectare maximă a evoluției semnelor clinice. Întrucât bolile infecțioase se deosebesc printr-o decurgere ciclică, e necesar să se precizeze tratamentul primit de bolnav până la internarea în spitalul de boli infecțioase, deoarece multe mijloace terapeutice pot modifica tabloul clinic al bolii. La descrierea anamnezei maladiei trebuie să se stabilească când s-a îmbolnăvit pacientul (data, ora), cum a debutat boala (acut, treptat), să se descrie minuțios primele simptome ale bolii, să se precizeze prezența perioadei prodromale și exprimarea ei. Spre exemplu, la bolnavii cu hepatite virale minuțios se depistează toate simptomele, dezvoltarea lor, fapt ce permite determinarea sindroamelor principale ale perioadei preicterice sau prodromale. Deoarece majoritatea bolilor infecțioase decurg cu temperatura ridicată, se precizează debutul febrei, modalitatea ei de ascensiune, caracterul curbei termice și durata ei. La bolnavii cu icter e necesar să se indice ziua apariției urinei de culoare întunecată și a scaunului de culoare surie (cenușie), când a apărut icterul pe mucoase, sclere și

piele. Se mai precizează neapărat prezența semnelor de intoxicație a maladiei (cefalee, vertijuri, frisoane, mialgii, artralгии, insomnie etc.), prezența erupțiilor pe mucoase și piele (limitele apariției, caracterul, localizarea, durata etc.).

În afectarea tractului digestiv trebuie de precizat asemenea simptome cum ar fi: inapetența, greața, voma și frecvența ei, durata, caracterul maselor vomitive. Dacă bolnavul are diaree, este necesar de precizat caracteristica și frecvența scaunului, apariția în materiile fecale a mucozităților și striurilor de sânge, asocierea tenesmelor și a scaunelor false. În caz de apariție a durerilor în abdomen, se precizează localizarea lor, iradierea, caracterul, intensivitatea și periodicitatea. Consecutiv se descrie evoluția simptomelor bolii, indicându-se data apariției fiecărui semn nou și în a câta zi a maladiei a fost depistat. Trebuie de precizat când bolnavul s-a adresat pentru prima dată la medic, ce diagnostic a fost confirmat, ce tratament a primit la domiciliu sau în CMF, cum s-a modificat temperatura în legătură cu administrarea medicamentelor și cum s-a modificat însăși evoluția maladiei. Dacă în CMF a fost efectuat examenul de laborator, atunci rezultatul trebuie să fie înscris în extrasul bolii. Evoluția maladiei e necesar să fie elucidată detaliat într-o formă consecutivă de la debut până în ziua curăției pacientului de către student.

5. Anamneza epidemiologică

Anamneza epidemiologică este o parte importantă a foii de observație, care are drept scop determinarea sursei de infecție, a factorilor etiologici posibili, a căilor de transmitere, a modalității de infectare. În unele cazuri, datele anamnezei epidemiologice permit stabilirea limitelor probabile ale perioadei de incubație și trasarea acțiunilor antiepidemice adecvate. Anamneza epidemiologică corectă are o mare importanță în argumentarea diagnosticului preventiv și clinic definitiv.

La clarificarea anamnezei epidemiologice trebuie să se precizeze:

- a) prezența cazurilor de boală între persoanele ce l-au înconjurat pe bolnav la serviciu sau la domiciliu, modalitatea și condițiile de viață, de trai, dacă se află în localitățile epidemice ori endemice nefavorabile sau într-un focar de anumită infecție;
- b) contactul cu animalele sau materia primă de la ele; călătoriile peste hotarele țării, durata lor și condițiile de trai, șederea sau activitatea în țările străine;
- c) datele despre respectarea regulilor igienei personale; starea sanitară a locului de trai (prezența muștelor, a ectoparaziților, starea apartamentului, a veceului etc.);
- d) datele despre alimentație, produsele alimentare, despre aprovizionarea cu apă potabilă;
- e) datele despre transfuzia componentilor sanguini, intervenții chirurgicale, ginecologice, stomatologice, diverse intervenții parenterale, inclusiv acupunctura, tatuaje; intervenții de ritual, alte manopere medicale sau habituale; contacte sexuale neprotejate cu multipli parteneri, ce s-au produs în ultimele 6 luni (unde, când ?);
- f) în cazul când pacientul afirmă că nu lucrează, anamneza epidemiologică trebuie culeasă mai insistent și mai detaliat, fiindcă bolnavul nu activează la lucrul lui de bază (fabrică, uzină etc.), însă în realitate se ocupă cu comerțul sau execută alte funcții legate de diverse posibilități de a se infecta.

6. Anamneza vieții

Se precizează dezvoltarea fizică și psihică a pacientului, începutul studiilor și finisarea lor, începutul activității de muncă, serviciul în armată pentru bărbați, viața familială, condițiile materiale și de trai, alimentarea (regulată și valoroasă); condițiile de muncă, factorii profesionali nocivi, intoxicații, deprinderi

dăunătoare (fumatul, utilizarea alcoolului și a narcoticelor); bolile suportate (operații, contuzii, plăgi, boli ereditare); la femei se mai determină anamneza obstetrico-ginecologică (începutul și caracterul ciclului menstrual, prezența gravidității, numărul de nașteri, avorturi, nașterea copiilor morți sau handicapați).

7. Anamneza alergologică

Se precizează posibilitatea apariției reacțiilor alergice la medicamentele utilizate de către pacient în trecut, de asemenea, a reacțiilor alergice la produsele alimentare și durata lor. Se determină legătura posibilă a stării alergice cu factorii nocivi profesionali.

8. Starea generală a bolnavului și datele obiective ale examinării lui în ziua curăției de către student

Din momentul internării bolnavului, medicul supraveghează comportarea lui, reacțiile cu lumea înconjurătoare, modificarea aspectului exterior (moleașală, apatie, euforie, caracterul privirii, excitație, convulsii etc.). La internarea în spital se apreciază starea bolnavului (satisfăcătoare, medie, gravă, foarte gravă), care se determină prin gradul de exprimare a intoxicației, starea de compensare a activității organelor și a sistemelor organismului.

Expresia feței: edemațiată, palidă, hiperemiată, cianotică, icterică; injectarea vaselor sanguine ale sclerelor (sclerită), hemoragie, icter scleral.

Culoarea pielii: (obișnuită, palidă, pământie, icterică și intensivitatea acestora); elasticitatea, excoriații, erupții (caracterul, cantitatea, localizarea, descuamații); herpes, grosimea tunicii adipoase în regiunea spațiului Traube, edeme.

Ganglionii limfatici: ganglionii limfatici se palpează, se determină mărimea și consistența lor, prezența durerii, mobilitatea, forma lor.

Se caracterizează starea sistemului locomotor.

Sistemul de respirație: forma cutiei toracice, caracterul și tipul respirației, prezența dispneei, numărul de respirații într-un minut; caracterul tusei; prezența sputei, caracterul și cantitatea ei; eliminări și hemoragii nazale, vibrația vocii.

Percuția cutiei toracice: caracterul sunetului percutor. În caz de patologie pulmonară, urmează să fie stabilite limitele inferioare ale pulmonilor.

Auscultația: caracterul respirației, raluri, zgomotul la fricțiunea pleurei.

Sistemul cardiovascular: palpația și determinarea apexului cardiac, proeminarea și pulsația vaselor sangvine.

Percuția cordului: se determină percutor limitele matității cardiace.

Auscultația cordului: caracteristica zgomotelor cardiace la apex și baza cordului; prezența suflurilor, ritmul, numărul contractărilor cardiace într-un minut.

Pulsul: frecvența, umplerea, intensitatea. Este măsurată obligatoriu tensiunea arterială a bolnavului pe care-l curează studentul.

Sistemul digestiv: caracteristica mucoaselor labiale, bucale, faringiene, amigdalene și linguale; formula dentară și starea dinților; starea actului de deglutiție.

Abdomenul: forma, mărimea, participă în actul de respirație, datele percutorii, palpatorii (palpația superficială și profundă), starea peretelui abdominal, prezența ascitei, garguimentului intestinal, crepitația palpatorie, starea subdiviziunilor intestinului gros.

Ficatul: dimensiunile (pe liniile medioclaviculară, mediană, arcul costal stâng); limitele superioare și inferioare ale ficatului pe linia avan-axilară, medioclaviculară, mediană, parasternală; datele palpatorii (suprafața, marginea, consistența); prezența durerii în timpul loviturii ușoare deasupra ficatului, în punctele proiecției vezicii biliare, prezența simptomului Courvoisier.

Splina: datele palpației splinei în poziția culcată pe spate și pe partea dreaptă; limitele superioare și inferioare la percuția splinei, consistența, prezența durerilor.

Scaunul: frecvența, caracterul, prezența particulelor patologice și a durerilor (tenesmelor) legate de actele de defecație.

Sistemul nervos: caracterizarea conștiinței, dispoziției, somnului; semnele meningiene, convulsii, reflexele patologice; tremor, pareze, paralizii; ptoza palpebrală, reacția pupilelor la lumină, anisocorie, nistagmus, strabism; starea nervilor cranieni; caracteristica organelor olfactive, auditive.

Sistemul urogenital: caracteristica actului de urinare, diureza nictimirală, culoarea urinei; prezența semnelor Pasternakki sau Giordani.

Prezența patologiei din partea organelor genitale externe.

9. Argumentarea diagnosticului preliminar

Diagnosticul preliminar se confirmă în baza acuzelor caracteristice, datelor din anamneza maladiei, din anamneza epidemiologică și a rezultatelor examinării obiective a bolnavului. Pentru argumentarea mai convingătoare a diagnosticului preliminar e necesar de utilizat numai simptome și manifestări tipice pentru boala dată, generalizându-le și rezumându-le. În caz de simptomatologie săracă, în ziua curăției pentru argumentarea diagnosticului preliminar trebuie să fie folosite și datele elucidate în foaia de observație la internarea bolnavului în staționar.

10. Trasarea planului de examinare a bolnavului prin metode de laborator și instrumentale

Studentul trasează planul de examinare a bolnavului prin metode de laborator și instrumentale, prin modificările care vor fi caracteristice pentru argumentarea diagnosticului clinic. Studentul include din original în foaia sa didactică de observație

rezultatele tuturor examinărilor de laborator, instrumentale și radiologice, în baza cărora se poate confirma diagnosticul clinic. Dacă examinările de laborator sunt multiple, atunci în foaia de observație studentească se înscriu numai rezultatele din ziua internării și din ziua curăției. Studentul este obligat să indice unitățile de măsură ale rezultatelor de laborator.

11. Agendele

În agende se elucidează detaliat dinamica maladiiei, se indică dieta, regimul, tratamentul medicamentos, prescris sub formă de rețete. Se completează două agende cu indicarea datelor și semnăturii studentului curator.

12. Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial se efectuează între maladia de bază confirmată la bolnavul în cauză și alte boli asemănătoare. La efectuarea diagnosticului diferențial se utilizează datele anamnestice, epidemiologice, clinice, de laborator și instrumentale.

Astfel, de exemplu, se efectuează diagnosticul diferențial între unitățile nosologice HVA, HVB, HVD și HVC; între hepatitele virale și leptospiroză, mononucleoză infecțioasă, ciroză hepatică, colelitiază etc. E mai rațional de efectuat diagnosticul diferențial între unitățile nosologice și sub formă de tabele.

13. Argumentarea diagnosticului clinic definitiv

Diagnosticul clinic definitiv trebuie să fie formulat și argumentat, utilizându-se datele principale ale diagnosticului preliminar, examinările clinice, rezultatele investigațiilor de laborator, instrumentale și în baza instalării diagnosticului diferențial cu maladiile asemănătoare. La stabilirea diagnosticului

clinic definitiv se indică forma maladiei (acută, subacută sau cronică), gravitatea ei, complicațiile și bolile concomitente. Ultimele nu se argumentează.

14. Tratamentul maladiei

Se argumentează metodele de tratament al maladiei în cauză conform gradului de gravitate. Se administrează tratamentul etiotrop și patogenetic, se prescrie regimul și dieta pentru boala respectivă. Potrivit formei de gravitate a maladiei, se prescriu rețetele corespunzătoare.

15. Tratamentul bolnavului examinat

Se prescrie tratamentul bolnavului, începând cu ziua curăției de către student.

16. Pronosticul maladiei

În baza evoluției bolii la pacientul concret, a bolilor concomitente, se determină pronosticul de viață și al capacității de muncă.

17. Epicriza

Epicriza se alcătuiește în caz dacă bolnavul este externat în timpul curăției de către student. Epicriza trebuie să elucideze manifestările principale ale maladiei, datele examinărilor clinice, de laborator și instrumentale. Se mai descriu tratamentul acordat, rezultatul final al maladiei și recomandările necesare la externare.

IV. Criteriile de internare, deprinderile practice clinice principale, aprecierea clinică a indicilor de laborator, criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților, care au suportat boli infecțioase, tropicale sau parazitare

Hepatitele virale

1. Criteriile de internare. Se spitalizează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme etiologice și de gravitate a hepatitelor virale acute, cei suspecți că suferă de astfel de boli, precum și bolnavii cu hepatite virale cronice active, de asemenea, cu ciroze hepatice de etiologie virală.

2. Deprinderi practice clinice în hepatitele virale. Procesul inflamator cu mărirea ficatului în volum (hepatomegalia) este simptomul principal al hepatitelor virale (HV) și se observă la majoritatea bolnavilor chiar în perioada preicterică, apoi și în cea icterică a maladiei. Mărirea moderată, mai ales micșorarea dimensiunilor acestui organ, concomitent cu creșterea intoxicației, a icterului și apariției sindromului hemoragic, este un semn nefavorabil care indică dezvoltarea necrozei hepatice acute (NHA).

Percuția ficatului. Pentru determinarea limitei superioare a matității absolute a ficatului se utilizează percuția moderată de sus în jos, conform liniilor verticale. În limitele normei ficatul se situează pe linia parasternală dreaptă, la intersecția cu marginea superioară a coastei a 4-a; pe linia medioclaviculară dreaptă – la intersecția cu coasta a 6-a și pe linia axilară anterioară dreapta – la intersecția cu coasta a 7-a. Percuția limitei inferioare a ficatului se începe în regiunea jumătății drepte a abdomenului pe linia axilară anterioară, bolnavul aflându-se în poziție orizontală. Degetul plesimetru se instalează paralel marginii poziției posibile a limitei anterioare-inferioare a ficatului, mișcând degetul în sus

până când ajunge la limita trecerii sunetului timpanic în matitatea absolută. Pe locul acesta, pe fiecare linie verticală (medio-claviculară dreaptă, parasternală și mediană), iar la mărirea considerabilă a ficatului și pe parasternală stângă, se fac semne pe piele, pe marginea inferioară a degetului plesimetru. Pentru determinarea limitei matității absolute din stânga a ficatului, degetul se instalează perpendicular rebordului costal stâng, la nivelul coastelor 8–9 și se percutează în dreapta nemijlocit sub rebordul costal până în locul de trecere a sunetului timpanic, în cel de matitate absolută.

Conform normei, limita inferioară a ficatului în poziția orizontală a omului cu cutia toracică normostenică trece pe linia parasternală dreaptă, pe linia mediană anterioară – cu 3 cm mai jos de apofiza xifoidă inferioară a sternului, în stânga – nu ajunge la linia parasternală.

Poziția limitei inferioare a ficatului în normă poate fi diferită, în funcție de constituția omului, de forma cutiei toracice și de mărirea ficatului. Limita lobului stâng al ficatului se determină pe linia parasternală stângă în jos de rebordul costal și în stânga de la această linie în direcția rebordului costal drept.

Datele obținute la percuția ficatului ne permit a determina dimensiunile matității hepatice. În legătură cu aceasta, pe liniile verticale se măsoară depărtarea dintre două puncte corespunzătoare limitelor superioare și inferioare ale matității hepatice absolute. Această dimensiune în limitele normei pe linia axilară anterioară dreaptă este egală cu 10–12 cm, pe linia medio-claviculară dreaptă – cu 9–11 cm, iar pe linia parasternală dreaptă – cu 8–11 cm.

Palpația ficatului. La inspirația profundă, limita inferioară a ficatului se mișcă în jos, întâmpinând degetele palpatoare ale studentului și apoi, atingându-se de ele, alunecă, devenind sensibilă. Palpația ficatului și a vezicii biliare se efectuează mai reușit în poziție orizontală (culcat pe spate) a bolnavului, acesta având mâinile întinse de-a lungul corpului și picioarele puțin

îndoiate în genunchi. Studentul (rezidentul) trebuie să se așeze pe scaun în partea dreaptă, alături de patul bolnavului și cu fața la el. Palma și patru degete ale mâinii stângi se instalează pe regiunea lombară dreaptă, iar cu degetul mare ale mâinii stângi se apasă ușor asupra rebordului costal din partea stângă și anterioară. Aceasta conduce la apropierea ficatului de mâna dreaptă palpatoare. Palma mâinii drepte de-a latul cu degetele ușor îndoite se instalează pe partea dreaptă a abdomenului, pe linia medio-claviculară mai jos de rebordul costal și moderat se apasă cu vârful degetelor peretele abdominal. Reținând mâinile în poziția dată, bolnavului i se propune să respire adânc; ficatul alunecând în jos de la început, se apropie de degete, apoi le înconjoară, ieșind de sub ele și fiind palpabil. Mâna examinatorului (studentului) tot timpul rămâne nemișcată. Procedura menționată se repetă de câteva ori.

Limita inferioară a ficatului normal se palpează, de obicei, pe linia medio-claviculară dreaptă la nivelul rebordului costal; în dreapta de la ea palparea ficatului e imposibilă, deoarece el este ascuns sub rebordul costal, iar în stânga palparea rămâne îngreuiată din cauza grosimii și încordării mușchilor abdominali. Când ficatul se mărește în volum, palpația lui devine posibilă pe toate liniile. Dacă se acumulează lichid (ascită) în cavitatea abdominală, palpația ficatului în poziția orizontală a bolnavului nu totdeauna e posibilă. În asemenea cazuri, palparea lui se efectuează în poziție verticală ori în cea culcată pe partea stângă.

În hepatitele virale acute mărirea ficatului în volum are loc chiar din debutul perioadei preicterice, continuându-se majorarea lui pe parcursul a 10–12 zile (devieri pot fi în funcție de etiologia HV) de la debutul maladiei. Aproape la toți bolnavii cu hepatite virale tipice (icterice) ficatul este mărit în volum și palpabil. Mărirea lui în perioada icterică mai frecvent atinge 2–3 cm, având o consistență moale sau semidură, cu o suprafață netedă la palpare. În perioada de convalescență și înainte de externare a

foștilor bolnavi cu HV acute, la majoritatea persoanelor, ficatul își revine în dimensiunile sale normale.

Palpația splinei. Mărirea splinei în volum (splenomegalia) depistată palpator, se determină la 10–30% din bolnavii adulți cu HV acute în perioada pre- și icterică a maladiei. La finele perioadei icterice dimensiunile splinei se normalizează.

Palparea splinei se efectuează în poziția bolnavului culcat pe spate sau mai bine pe partea dreaptă (decubitul drept). În primul caz, bolnavul este culcat în pat fără pernă, având mâinile întinse de-a lungul corpului, iar picioarele sunt moderat îndoite în genunchi. În al doilea caz, bolnavul este culcat pe partea dreaptă, având capul puțin înclinat spre piept, iar mâna stângă îndoiată în cot, aflându-se pe partea anterioară a cutiei toracice; piciorul drept este întins, stângul – îndoiat în genunchi și coapsă, apoi atras puțin spre abdomen. Studentul (rezidentul) se așează pe scaun din partea dreaptă a bolnavului cu fața spre el. Mâna stângă a studentului e aranjată pe partea stângă a cutiei toracice a pacientului între coastele 7 și 10 pe liniile axilare, apăsându-se ușor și limitându-se mișcarea splinei în timpul respirației. Mâna dreaptă a studentului (rezidentului) cu degetele puțin îndoiate se aranjează pe suprafața antero-laterală a peretelui abdominal, la marginea rebordului costal în locul contopirii cu el a coastei 10; ulterior în timpul expirației, se apasă ușor peretele abdominal, formând un buzunar, mai apoi propunându-i bolnavului să inspire profund. În timpul inspirației, splina, fiind mai jos de diafragmă, cu marginea anterior-inferioară se apropie de degetele mâinii drepte a studentului (rezidentului), rezemându-se de ele, apoi la mișcarea de mai departe, alunecă sub degete, palpând-o. Acest procedeu se repetă de câteva ori, examinându-se minuțios cu degetele marginea accesibilă a splinei. La palparea splinei se acordă atenție dimensiunilor, durității, consistenței, sensibilității ei, se determină prezența scobiturii în partea anterioară. La mărirea considerabilă a splinei devine posibilă cercetarea

suprafeței ei anterioare, care în normă se află sub rebordul costal. În limitele normei, splina nu se palpează.

Determinarea gradului de exprimare a icterului. Icterul în HV acute apare la finele perioadei preicterice. Examinarea bolnavului se efectuează la lumina de zi naturală. Mai întâi de toate apare un subicter pe suprafața inferioară a limbii (pe frenul sublingval), pe mucoasa palatinului moale, pe sclere, apoi se colorează palmele, tălpile și ulterior toată pielea. Gradul de exprimare a icterului în HV mai precis se determină prin investigarea bilirubinei în serul sanguin al bolnavilor. În HV acute perioada icterică are faza de creștere a icterului (mai rapidă), faza de apogeu (de stare) și faza de declin (descreștere a icterului), care evoluează mai îndelungat. În HVC, HVB, HVD uneori și în HVE la gravide se determină sindromul colestatic (10–45%), care decurge cu un prurit cutanat moderat. În forma pur colestatică, ce se întâlnește rar în HV acute (1% – în HVB; 5% – în HVD), pruritul cutanat este insuportabil și chinuitor. Pruritul cutanat insuportabil este indicat de urmele gratajului pe piele și se întâlnește destul de frecvent în icterele mecanice, comparativ cu care e necesar de diferențiat. Culoarea icterului cutanat poate avea variate nuanțe în diverse afecțiuni ale ficatului. Icterul de culoare oranj-gălbuie se datorează acumulării în învelișurile cutane a bilirubinei și, de obicei, se observă în perioada precoce a HV. Culoarea galben-lămâietică este caracteristică pentru icterul hemolitic. Culoarea galben-verzuie este mai des caracteristică pentru icterul mecanic și se datorează acumulării în piele a biliverdinei. În HVA acută icterul rar devine intensiv, faza lui de creștere este scurtă, mai frecvent de 3–4 zile. Perioada icterică durează 15–20 zile, iar la o mare parte din pacienți cu HVA ea lipsește definitiv, suportând mai frecvent forme atipice. Durata icterului în HVC constituie, conform datelor noastre, 15–20 zile, în HVB – 40–50 zile și în HVD – 60–80 zile. În HVC, de asemenea, predomină formele atipice, iar în

HVE aceste forme predomină în timpul epidemiilor hidrice masive.

Depistarea sindromului hemoragic. Unul din simptomele precoce obiective ale NHA în HVB, HVD și HVE la etapa precomei I este erupția cutanată. Ea are un caracter punctiform hemoragic și apare îndeosebi mai jos de garoul aplicat la braț. Ulterior, în etapa precomei II, comei I și comei II, sindromul hemoragic se intensifică, manifestându-se prin hemoragii nazale, sclerale, vomă cu zaț de cafea, hemoragii intestinale, uterine și chiar pulmonare, care pot conduce la sfârșit letal. În debutul acestei complicații, erupțiile hemoragice cutanate au culoare roșie, apoi vișinie-albăstrie, verde, galbenă, care treptat dispar, dacă bolnavul își revine.

Determinarea culorii urinei și a materiilor fecale. Formelor icterice de HV îi sunt caracteristice întunecarea culorii urinei chiar din ultimele 2-3 zile ale perioadei preicterice. Inițial urina are culoarea ceaiului slab concentrat, ulterior, în perioada icterică, această culoare se intensifică, semănând cu culoarea ceaiului concentrat, mai cu seamă în faza de creștere și culminație a icterului; în timpul declinului lui, urina începe a se decolora, căpătând în perioada de convalescență culoarea obișnuită.

În HV, mai ales în HVA și HVE, uneori poate fi observată o diaree de scurtă durată. Scaunul în formele icterice de HV poate avea o culoare surie (aholie), mai cu seamă în faza de creștere și la apogeul icterului. Uneori modificarea culorii scaunului începe în ultimele 2-3 zile ale perioadei preicterice. Normalizarea culorii scaunului are loc mai frecvent în faza de declin (descreștere) a icterului.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator în hepatitele virale. *Metode specifice de diagnostic al HVA.* Virusul hepatitei A în materiile fecale ale bolnavului cu HVA se depistează în ultima săptămână a perioadei de incubație, pe parcursul perioadei preicterice și în prima săptămână a celei icterice. Metoda de

detectare a antigenului hepatic A este strict specifică, dar nu are priză în medicina practică, fiind complicată, de lungă durată și nu totdeauna pozitivă.

Metode serologice. În HVA cea mai importantă valoare de diagnostic o au anti-HAV clasa IgM, care apar în ser precoce la finele perioadei de incubatie. Frecvența lor sporește rapid în perioada preicterică și de creștere a icterului, atingând apogeul (100%) peste 1–2 săptămâni din debutul maladiei, ulterior micșorându-se treptat timp de 1–2 luni, uneori și mai îndelungat. Anti-HAV clasa IgM actualmente se socot markerii principali ai HVA acute în toate țările de pe glob. Anti-HAV clasa IgG apar în serul bolnavilor cu HVA peste 2–3 săptămâni de la debutul maladiei, incidența cărora se mărește, atingând apogeul (100%) la finele acestei patologii și persistând, probabil, pe parcursul vieții celui care a suportat-o. Depistarea anti-HAV clasa IgG din primele zile la pacientul cu HV de etiologie nedeterminată, în absența la anti-HAV clasa IgM, ne indică că el în trecut a suportat HVA. Anti-HAV clasa IgM și IgG se decelează în ser prin reacția radioimună sau imunoenzimatică (ELISA). Aceste reacții au o sensibilitate și specificitate majoră, însă numai ELISA a fost implementată pe larg în practica medicală, deoarece prima este legată de laboratoarele cu izotopi, având unele neajunsuri. Anti-HAV clasa IgG au fost depistați (după datele colaboratorilor noștri) în 95–97% din donatorii cu vârsta de 29–30 ani, ce denotă că în Republica Moldova majoritatea populației suportă HVA până la vârsta de 30 ani.

Hepatita virală E. În HVE cea mai importantă valoare pentru confirmarea specifică a diagnosticului o au depistarea la anti-HEV clasa IgM, care apar în serul bolnavilor precoce și au aproape aceeași dinamică ca și în HVA. Anti-HEV clasa IgG apar în serul bolnavilor cu HVE peste 2–3 săptămâni de la debutul maladiei, dinamica lor fiind aproape asemănătoare cu dinamica anti-HAV clasa IgG în HVA. Decelarea la anti-HEV clasa IgG în primele zile la pacientul cu HV de etiologie nedeterminată, în

apnența la anti-HEV clasa IgM, indică cã el a suportat în trecut HVE și în momentul de față are imunitate. Pentru depistarea markerilor virusului hepatitei E se utilizează aceeași reacție imunoenzimatică (ELISA), care privitor la HVB în Republica Moldova încă nu este implementată.

Hepatita virală B. Pentru diagnosticul HVB sunt utilizate teste specifice, care pun în evidență numeroși markeri ai prezenței infecției cu virusul B și anume: AgHBs și anti-HBs; AgHBcore, anti-HBcore IgM și anti-HBcore IgG; AgHBe și anti-HBe; ADN-viral. Pentru decelarea markerilor virusului B enumerați, cu excepția lui ADN-viral, actualmente se utilizează pe larg ELISA, care devine pozitivă în 98–100% din cazuri.

În HVB acută AgHBs este markerul principal al acestei infecții, însă nu și unicul. El se detectează încă din perioada de incubație, cu 4–8 săptămâni înainte de debutul clinic al maladiiei și de modificările biochimice, incidența lui crescând în perioada preicterică și icterică, ajungând la maximum în faza de apogeu a icterului, unde se menține 2–3 săptămâni, ulterior frecvența scăzând treptat până la 10–15% în perioada de convalescență. AgHBs este markerul constant nu numai în HVB acută, dar și în cea cronică și la purtători. În forma de HVB acută AgHBs dispare din serul sanguin al bolnavului peste 2–3 luni, uneori și mai târziu.

Anti-HBs se ivesc în serul bolnavului după 1–2 luni de la dispariția AgHBs (“fereastra imunologică”), indicând vindecarea pacientului și apariția imunității specifice.

AgHBe apare în serul bolnavului cu HVB concomitent cu AgHBs, însă cu o frecvență mult mai scăzută și o durată mai scurtă. AgHBe se consideră în ultimul timp markerul de replicare și de infecțiozitate. Dacă el persistă în ser peste 6–8 săptămâni, indică evoluția bolii spre cronicizare. Anti-HBe se ivesc după dispariția AgHBe, denotând încetarea contagiozității și o evoluție mai favorabilă a maladiiei. Rezultatele studierii profilului serologic la bolnavii cu HVB acută denotă că în 10–15% din

cazuri nu se depistează AgHBs, însă la ei diagnosticul de HVB acută se confirmă prin decelarea a anti-HBcore IgM. Acesta este unicul marker specific, care mai confirmă maladia menționată, în special, HVB acută AgHBs negativă. Conform datelor lui A. Spânu (2004) importanța de diagnostic a anti-HB care IgM în HVB acută AgHB negativă rămâne net superioară investigației PCR și altor teste serogocice.

Anti-HBcore IgM apar în serul sângvin la bolnavii cu HVB în ultimele zile ale perioadei de incubatie, incidența cărora sporește rapid în perioada preicterică, în faza de creștere și apogeu al icterului, ajungând la maximum (100%) și păstrându-se la acest nivel timp de 2-3 săptămâni, ulterior scăzând treptat și dispărând peste 2-3 luni de la debutul maladii. Totodată, în serul bolnavului cu HVB acută, peste 1-2 săptămâni de la debut, se ivesc anti-HBcore IgG, incidența cărora ulterior sporește rămânând ridicată la un nivel înalt pe o perioadă de timp îndelungată. Prezența în serul sânguin al anti-HBcore IgG, luată separat, nu este informativă. Markerul Anti-HBcore IgG împreună cu anti-AgHBe și anti-HBs confirmă veridic că persoana în cauză a suportat HVB și în momentul de față are imunitate.

Persistența îndelungată (timp de 3-6 luni și mai mult) a anti-HBcore IgG și AgHBs în serul bolnavului cu HVB confirmă că maladia are o evoluție trenantă (subacută) sau cronică.

În ultimul timp începe a fi implementată în practica medicală una din cele mai sensibile și specifice reacții - PCR (Polymerose Chain Reaction - reacția de polimerizare în lanț), prin intermediul căreia se determină ADN sau ARN viral. Deocamdată ea este implementată în câteva laboratoare din Chișinău și se utilizează în calitate de test specific de referință în confirmarea sau excluderea hepatitei virale, atunci când diagnosticul este îndoielnic. Însă în HVB acută AgHB negativă (A. Spânu, 2004) PCR rămâne pozitivă într-o concentrație mică sau deseori negativă. Probabil că PCR va fi mai larg utilizată în

monitorizarea tratamentului hepatitelor virale cronice active cu interferoni pentru a determina eficiența lor.

Hepatita virală Delta. HVD acută se subdivizează în coinfecția acută delta (CAD) și suprainfecția acută delta (SAD). La rândul său, SAD are 2 variante – suprainfecția delta pe fundalul la HVB cronică și suprainfecția delta pe fundal de portaj al AgHBs.

CAD se confirmă prin prezența la anti-HBcore IgM și anti-HDV IgM în serul bolnavului; SAD pe fundal de HVB cronică – prin prezența la AgHBs, anti-HBcore IgG și anti-HDV IgM în serul bolnavilor; SAD pe fundal de portaj de AgHBs – prin prezența la AgHBs și anti-HDV IgM în serul bolnavului.

Hepatita virală C. Diagnosticul serologic al HVC acută se confirmă prin detectarea la anti-HCV cu ajutorul metodei imunoenzimatică. În HVC acută în ultimele zile ale perioadei de incubație în serul bolnavilor apar anti-HCV IgM, frecvența cărora sporește rapid în perioada preicterică și în faza de creștere a icterului. În faza de apogeu al icterului incidența la anti-HCV IgM atinge un nivel înalt, menținându-se timp de 1–2 săptămâni, ulterior scăzând treptat. Peste o săptămână de la debutul maladiei, în serul bolnavilor cu HVC apar și anti-HCV IgG, frecvența cărora rapid se mărește, menținându-se la un nivel înalt un timp îndelungat, chiar și după suportarea acestei patologii. Anti-HCV IgG nu totdeauna permite confirmarea HVC acute sau cronice. Pentru confirmarea acestor forme de HVC un rol mai important în ultimul timp îl are detectarea ARN-HCV prin testul PCR. Această reacție se mai utilizează pentru determinarea încărcăturii virale în serul sanguin la tratamentul cu interferoni al bolnavilor de HVC cronică activă, pentru a determina eficacitatea acestora.

Metodele biochimice de diagnostic al hepatitelor virale. Diagnosticul biochimic al hepatitelor virale se va efectua prin determinarea în ser a activității unor enzime : ALAT (norma 0,2–0,8 mmol/oră/l), F-1-FA (norma 0–2 un), F-1,6-FA (norma 2–13 un), urocaninaza (norma 0–1 un). Creșterea activității acestor

enzime începe foarte precoce, chiar din debutul perioadei preicterice: ALAT – până la 11–13 mmol/oro/l, F-1-FA – până la 20–40 un; F-1,6-FA – până la 30–50 un, urocaninaza – până la 4–6 un. Enzimele menționate vor avea valori evident crescute și în perioada de stare a HV, micșorându-se în faza de declin al icterului și având o tendință spre normalizare în perioada de convalescență. Activitatea sporită a enzimelor nominalizate ne informează despre gradul de exprimare a procesului citolitic în hepatocite. Indicii de protrombină (norma 80–100%), examinați în serul sangvin la bolnavii cu HV, fără NHA, se micșorează până la 60–65%, iar beta-lipoproteidele (norma 25–30 un), dimpotrivă, se măresc până la 40–60 un, atingând valoarea de 70–80 un în formele de hepatită colestatică. În HV acute se micșorează valoarea probei cu sublimat (norma 1,8–2,2 ml) în limitele (1,6–1,75 ml), însă se majorează nivelul acelei cu timol (norma 1–3 un) până la 4–10 un. Frația gama-globulinică (norma 16–19 %), de regulă, în HV acute se mărește moderat (20–22%). Indicii probelor cu sublimat, timol și a gama-globulinelor se modifică mai evident în HV subacute sau cronice și sunt foarte modificați în ciroza hepatică de etiologie virală.

Determinarea bilirubinei generale și a fracțiilor ei în ser (norma bilirubinei generale – 3,59–17,95 mkmol/l) are o importanță de diagnostic în formele icterice de HV. Gradul de hiperbilirubinemie depinde de forma de gravitate a HV. Bilirubina generală în perioada de stare a HV crește pe contul fracției directe, atingând după datele clinicii noastre nivelul de 131,7±3,6 mkmol/g/l. Valorile colesterolului (norma 3,1–5,6 mkmol/l) au o importanță mai mult de diagnostic diferențial. În formele acute de HV, fără sindrom colestatic, au valori normale sau moderat scăzute. În formele colestatice de HV sau cu sindrom de colestază acești indici ating cifre înalte (fosfataza alcalină 4–5 mkmol/g/l, colesterolul – 8–10 mkmol/l).

În perioada preicterică, faza de creștere a icterului și de apogeu în HV acute se mărește evident activitatea izoenzimelor

LDH₅ (20–30%), valorile normale fiind până la 3,5%; A₃ (30–50%), norma – până la 10%; MDH₃ (50–70%), norma – până la 30% și apare MDH₄ (5–20%), care la donatorii sănătoși în ser nu se determină. Se măresc limitele coeficienților izoenzimelor A₃/A₂ (CIA) până la 1–2,5 (norma până la 0,30); LDH₅/LDH₄ (CIL) până la 5–9 (norma până la 1,0) și MDH₃₊₄/MDH₂ (CIM) până la 3–7 (norma până la 1,0).

Testele cu izoenzime sunt mai sensibile decât cele cu enzime și pot fi utilizate în diagnosticul și prognosticul sechelelor în HV.

Diagnosticul biochimic al necrozei hepatice acute în hepatitele virale. Comparând dinamica diverselor enzime, izoenzime și a testelor de coagulare în ser la bolnavii cu HV, s-a stabilit creșterea bruscă a activității LDH₅, A₃, a indicilor CIA și CIL, cu o evidentă scădere ulterioară a lor; creșterea considerabilă a activității antiplasminei (AAR), a indexului fibrinolizinei (IF), a activității fibrinolitice a sângelui (AFS) și micșorarea considerabilă a factorilor de coagulare V, VII, VIII, fibrinogenului, antitrombinei III, indexului protrombinei (IP), fiind indicatorii precoci de dezvoltare a NHA (prêcoma I). În diagnosticul precoce al NHA legată de HV va fi utilizată și determinarea valorilor probei cu sublimat și a betalipoproteidelor, care se micșorează brusc. Crește considerabil nivelul bilirubinei totale cu o sporire mai evidentă a fracției indirecte. În favoarea dezvoltării NHA pledează și apariția precoce a anti-AgHBs și a anti-AgHBe în titru, crescând cu o paralelă scădere și chiar dispariție a AgHBs și AgHBe.

NHA în HV va fi exprimată nu numai prin secvențe biochimice, serologice, ci și clinice.

Metodele clinice generale ale diagnosticului de laborator în hepatitele virale.

În perioada acută a HV este caracteristică în sângele periferic la bolnavi o leucopenie moderată cu limfo- și monocitoză relativă, VSH fiind normală sau încetinită. Pentru NHA va fi caracteristică o leucocitoză cu neutrofilie și limfopenie.

Modificările în urină vor fi mai frecvente în formele icterice de HV, unde se vor determina pigmentii biliari și urobilinogena.

Colectarea sângelui pentru examinările de laborator ale bolnavilor cu hepatite virale. Diagnosticul de hepatită virală necesită o confirmare prin metode de laborator, folosindu-se probe biochimice, serologice și de hemocoagulare. Pentru examinările biochimice sângele se colectează dimineața înainte de masă, din vena cubitală câte 8–10 ml, într-o eprubetă curată. Pe ea se încheie o etichetă, unde se indică numele de familie al bolnavului, numărul secției, data colectării sângelui și enumerarea indicilor necesari cercetării: bilirubina, aldolaza, ALAT, izoenzimele LDH, fosfataza alcalină, probele cu timol, sublimat, colesterol, fracțiile proteice etc. Sângele colectat se transmite în laboratorul biochimic.

Pentru examinările serologice (indicarea markerilor virusului A,B,C,D,E etc.) sângele se colectează în mod analogic în cantitate de 4–5 ml într-o eprubetă sterilă și se transmite în laboratorul bacteriologic (serologic).

Pentru determinarea indicilor hemocoagulanți (protrombina, proconvertina, antiplasmina etc.) din vena cubitală se colectează 2 ml de sânge, care imediat se toarnă într-o eprubetă de centrifugă cu gradajie, care conține în prealabil 0,5 ml soluție de oxalat de sodiu. Astfel de investigații se execută, de asemenea, în laboratorul biochimic.

Pentru investigarea sângelui în PCR din vena cubitală se colectează 4–5 ml de sânge pe 0,5 ml soluție de oxalat de sodiu sau alt anticoagulant și se expediază în laboratorul serologic.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după hepatitele virale. Externarea convalescenților după suportarea hepatitelor virale: A (HVA), B (HVB), C (HVC), D (HVD) și E (HVE) se efectuează după însănătoșirea clinică completă și normalizarea probelor biochimice ale ficatului. Externarea din spital a convalescenților mai poate fi admisă în următoarele cazuri: a) când aceștea denotă un icter moderat al

sclerelor și o oboseală ușoară, dar probele funcționale ale ficatului și dimensiunile lui sunt normale; b) când indicii activității alaninaminotransferazei (ALAT) și ai probei cu timol rămân moderat mărite (nu mai mult de 1,5–2 ori) față de normă, însă s-a normalizat definitiv bilirubina și au dispărut semnele clinice. Depistarea unor markeri virali în perioada de convalescență a pacienților după HVB, HVD și HVC nu prezintă contra-indicație pentru externare. Despre starea acestor persoane este anunțat în mod obligatoriu medicul de la cabinetul de boli infecțioase (CBI) din grupul de consultanți din sector sau județ și sanepidul de la locul de trai al convalescentului.

Recomandările necesare la externare. Să se respecte timp de 6–12 luni un regim dietetic, ce ar exclude atât bucatele grase, fripte, afumate și picante, cât și băuturile spirtoase, inclusiv berea. Să se reîncadreze în câmpul muncii, evitând eforturile fizice (munca fizică grea, practicarea sportului); să se interzică deplasările, munca în schimbul de noapte, lucrările cu substanțe toxice (vopsele, lacuri, pesticide, erbicide etc.). Sunt contra-indicate vaccinările profilactice (cu excepția imunizării antitetanice și antirabice) timp de 6 luni. În această perioadă nu sunt indicate intervențiile chirurgicale, graviditatea la femei (timp de 12 luni), utilizarea preparatelor hepatotoxice. E necesară angajarea rațională în câmpul muncii a purtătorilor de virusuri B,C,D,G, funcțiile cărora nu sunt legate de sângele bolnavilor sau de diverse manopere medicale asupra acestora. Tratamentul balnear al convalescenților poate fi recomandat numai după 6 luni de la vindecarea de hepatite virale.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. După externarea din spital, convalescentul primește la mână un buletin de boală pentru 10 zile. Dacă este necesar, buletinul poate fi prelungit pentru alte 5 zile de medicul infecționist al CBI în cazul HVA și HVE, sau pentru mai multe zile în cazul HVB, HVD și HVC – de către comisia medicală consultativă (CMC). Convalescenților după forma medie de HVA sau HVE medicul

de la SCBI le poate prelungi buletinul până la 14 zile, după forma gravă – până la 21 zile, iar după HVB, HVD și HVC – de la 16 până la 25 zile consecutiv.

Supravegherea dispensarică. Convalescenții după HVA și HVE vor fi examinați de medicul infecționist din CBI sau de medicul de familie după o lună de la externare. În caz de însănătoșire definitivă clinică și normalizarea analizelor de laborator, ei pot fi scoși de la evidență. Convalescenții după HVA și HVE cu fenomene clinice și de laborator restante, după 3 luni sunt examinați din nou. Dacă aceste fenomene restante la o parte din convalescenți se mai depistează peste 3 luni, ei mai sunt examinați și peste 6 luni după care, de regulă, toți se vindecă și sunt scoși de la evidența de dispensarizare.

Convalescenții după HVB, HVD, HVC vor fi supravegheați de către medicul de familie sau infecționist după 1; 3; 6; 9 și 12 luni de la externare. În termenele indicate ei vor trece controlul medical și analizele de laborator (se determină în ser nivelul bilirubinei, ALAT, probei cu timol și prezența diferitelor markeri virali în funcție de etiologia hepatitei). În caz de depistare a unor abateri de la normă, pot fi investigate proba cu sublimat, fracțiile proteice și efectuată ultrasonografia ficatului.

Convalescenții după HVB, HVD, HVC se vor scoate de la evidența dispensarică, dacă la ei lipsește procesul de cronicizare și markerii ce confirmă acest proces. În unele cazuri, mai ales după HVD și HVC, vor fi investigați ARN virali respectivi prin reacția de polimerizare în lanț (PCR).

Bolnavii de HVB, HVD și HVC cronice persistente sau cu forma integrativă după externare vor fi dispensarizați o dată în 6 luni concomitent cu examinarea probelor biochimice mai pe larg, a markerilor virali respectivi și executarea ultrasonografiei ficatului.

Periodicitatea examinărilor de dispensarizare a pacienților cu HVB, HVD și HVC cronice active sau forme replicative va depinde de categoria morfologică a hepatitei și de procesul de

activitate în ficat. În formele de hepatită cronică cu activitate minimă și ușoară, bolnavii vor fi dispensarizați o dată în 6 luni; cei cu activitate moderată – o dată în 3 luni, iar cei cu activitate severă sau cu tratament antiviral – o dată în lună. În procesul dispensarizării se vor determina probele biochimice mai detaliat; markerii virali respectivi, statutul imun, uneori se vor investiga și ADN sau ARN virali, în funcție de etiologie, examinarea morfologică și ultrasonografică a ficatului.

Dispensarizarea gravidelor cu hepatite cronice de diversă etiologie (HVB, HVD și HVC) se va efectua după reguli similare. Problema referitoare la păstrarea sarcinii va fi rezolvată individual, în funcție de gravitatea bolii, activitatea procesului citolitic, starea statutului imun.

Pacienții cu ciroză hepatică de etiologie virală se vor afla la supravegherea dispensarică tot timpul cu examinarea clinică și de laborator o dată în lună. În caz de ciroză virală hepatică decompensată, se indică un tratament în condiții de spital.

Purtătorii virusurilor B, D și C vor trece un control clinic, de laborator (biochimic și serologic), instrumental nu mai puțin de o dată în 6 luni. Dacă la purtătorii de virusul B rezultatele examenului la AgHBs sunt negative pe parcursul anului, ei vor fi supuși controlului de 5 ori la acest antigen peste 2–3 luni și dacă rezultatele vor fi negative, se vor scoate de la evidență.

Mai precise pentru scoaterea purtătorilor de virusuri B, C, D, G vor fi investigațiile cu rezultatele negative ale ARN sau ADN virali după un an de supraveghere dispensarică.

Febra tifoidă și paratifoidă

1. Criteriile de internare. Se spitalizează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme clinice de febră tifoidă, paratifoidă și cei suspecți de asemenea boli.

2. Deprinderi practice clinice în febra tifoidă și paratifoidă. *Examenul general.*

La examenul general se determină temperatura ridicată, ce constituie diferite curbe termice (continuă, ondulatorie, remitentă, neregulată etc.), care se menține mai frecvent 3-4 săptămâni, durata maximă constituind 6 săptămâni. O dată cu temperatura ridicată la nivel de 39-40°, mai cu seamă în febra tifoidă, fața bolnavului rămâne palidă și se mai depistează simptomul de bradicardie relativă (frecvența pulsului nu corespunde nivelului de temperatură 39-40°). La majoritatea bolnavilor se atestă o culoare gălbui a palmelor și a tălpilor (simptomul Filipovici pozitiv).

La bolnavii cu febră tifoidă sau paratifoidă limba este edemațiată, prezintă depuneri abundente de culoare surie sau sură-cafenie. Marginile limbii au o culoare roșie-intensă, sunt libere de depuneri și se observă amprente dentare.

Examinarea abdomenului. Abdomenul bolnavilor de febră tifoidă sau paratifoidă este balonat (meteorism), determinându-se la percuție un sunet timpanic. La percuția în regiunea iliacă dreaptă, comparativ cu cea stângă, se atestă o submatitate (prescurtare) a sunetului percutor (simptomul Padalko pozitiv). Palparea în regiunea iliacă dreaptă a abdomenului depistează un garguiment asemănător cu zgomotul zăpezii sub picioare în timp de iarnă sau simptomul pozitiv al crepitației palpatorii. Precoce (la a 5-a zi de boală) se determină ficatul și splina mărite în volum (palparea și percuția lor, vezi HV). Ele au dimensiuni moderate și consistență moale.

Scaunul, de regulă, este constipat în legătură cu care fapt bolnavului, în scop de tratament, i se administrează clisme evacuatoare. În febra tifoidă rar se întâlnește diareea. În febra paratifoidă B scaunul poate fi în cantități mici, sărăcăcios, cu mucus și striuri de sânge, fiind asemănător cu scaunul în dizenterie. În febra paratifoidă B scaunul este secundat, ca și în dizenterie, de tenesme. Pot fi observate scaune false (vezi dizenteria).

Depistarea erupțiilor. Începând cu ziua a 9–10-a de boală, în febra tifoidă, mai des pe pielea abdomenului, apar erupții rozeolice (rozeola elevata) în număr de 10–15. La extinderea pielii, erupțiile dispar, apoi în timp de repaos iarăși apar. Erupția este monomorfă, are înfățișare de petiță de culoare roz, cu formă rotundă sau ovală, cu limite clare și diametrul de circa 3–5 mm, care se păstrează timp de 3–5 zile. După dispariția acestor elemente rămâne o pigmentație slabă. Pe fundalul dispariției elementelor vechi pot apărea altele noi. Adică erupțiile apar în val sau în puseu.

În febrele paratifoide A și B erupțiile apar în a 7–8-a zi a maladiei. În febra paratifoidă A ele sunt multiple și pot fi amplasate nu numai pe abdomen, dar și pe cutia toracică, pe membrele superioare și inferioare. În febra paratifoidă B erupțiile sunt ca și în febra tifoidă. Aproximativ la o pătrime din bolnavii cu febre paratifoide se observă o erupție herpetică labială, care în febra tifoidă lipsește.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator în febra tifoidă și paratifoidă. *Metodele specifice de diagnostic. Metoda bacteriologică.* Examenul bacteriologic rămâne cel mai important în diagnosticul infecțiilor tifoparatifoide, deoarece permite izolarea agentului patogen și identificarea lui. Drept material pentru investigare servesc sângele, materiile fecale, urina, eliminările din rozeolele scarificate, bila, punctatul măduvii osoase.

Hemocultura. Izolarea agentului patogen din sânge este una din metodele precoce și precise. Salmonellele tifoparatifoide se conțin în sânge pe parcursul întregii perioade febrile și chiar în primele zile după normalizarea temperaturii. În debutul bolii, bacteriemia este mai intensă decât la finele perioadei febrile, în legătură cu care fapt pentru examenul bacteriologic se recoltează 10 ml sânge (primul septenar), iar mai târziu – 15–25 ml. Sângele recoltat steril se însămânțează în bulion de bilă de 10% în proporție 1:10, pentru a dizolva acțiunea bactericidă a sângelui.

Rezultatul pozitiv al însămânțării se obține după 4–5 zile, cel negativ – după 10 zile, efectuându-se 3 reînsămânțări. Hemocultura este pozitivă mai frecvent în formele grave de maladie. Majorarea numărului de însămânțări ale sângelui (3 zile la rând) sporește frecvența depistării salmonelelor tifice. Însămânțarea trebuie efectuată până la începutul tratamentului etiotrop.

Coprocultura și urinocultura. Sunt, de asemenea, metode curențe pentru izolarea salmonelei tifice. Însămânțarea materiilor fecale și a urinei se efectuează în decursul bolii, însă rezultatele pozitive mai frecvent vor fi evidențiate în săptămâna a 3-4-a a maladiei. Urina și materiile fecale vor fi recoltate și la convalescenței pentru depistarea potențialilor purtători de germeni.

Medulocultura. Se utilizează când apare necesitatea de a diferenția febra tifoidă sau paratifoidă de o maladie sanguină. Deoarece tehnica recoltării măduvei osoase este dificilă și acționează asupra psihicului pacientului, metoda vizată nu a găsit o largă aplicare în medicina practică. Totodată, ținem să menționăm că rezultatele negative ale meduloculturii, de regulă, au permis excluderea febrei tifoide sau paratifoide.

Rozeolocultura. Însămânțarea lichidului interstițial din elementul eruptiv steril scarificat este o metodă bacteriologică tardivă, deoarece erupțiile apar în febra tifoidă la a 9–10-a zi de boală, iar în febrele paratifoide – la a 6–7-a zi și mai târziu. Totodată, erupțiile la o parte din bolnavi (20–40%) lipsesc.

Bilicultura nu se practică pentru confirmarea precoce a diagnosticului de febră tifoidă sau paratifoidă, fiind contraindicat sondajul duodenal în perioada acută a bolii. Ea se utilizează numai pentru depistarea purtătorilor de germeni la convalescenții care au suportat această patologie sau pentru depistarea purtătorilor cronici de salmonele tifice.

Metoda de expres-diagnostic. Se utilizează metoda imuno-fluorescentă, care este rapidă și specifică de punere în evidență a antigenilor microbieni în materialele recoltate de la

bolnav (sânge, materii fecale, urină, bilă). Se utilizează anticorpi specifici cuplați cu o substanță fluorescentă. Fenomenul de fixare specifică este vizualizat la un microscop cu o sursă puternică de raze ultraviolete, complexul antigen-anticorp colorat emițând o culoare galben-verzuie. Imunofluorescența combină avantajele examenului microscopic cu specificitatea reacțiilor imunologice. Răspunsul se obține după 10 ore și este pozitiv în 85–90%, însă el nu exclude investigațiile bacteriologice menționate mai sus.

Metoda serologică. Pentru diagnosticul serologic este utilizată reacția Widal și RHAI. Pentru efectuarea reacției Widal se utilizează diagnosticumuri din antigenele „O” și „H”. Folosirea diagnosticumului „O” permite evidențierea anti-O, care apar în sânge la bolnavi în săptămâna a doua a maladiei și dispar spre sfârșit. Titrul incipient de diagnostic al reacției Widal este de 1:200. Evidențierea anti-H nu are importanță de diagnostic, fiindcă ei se identifică la bolnavi spre finele maladiei, de asemenea, se mai depistează la vaccinați sau la foștii bolnavi de febră tifoidă sau paratifoidă. Se mai utilizează reacția de aglutinare (RA) cu „O”, „H” și „Vi”-diagnosticumuri. Titrul incipient de diagnostic al RA cu „O” și „H” – diagnosticumuri este de 1:200 de la sfârșitul săptămânii a doua de boală, iar cu „Vi” – 1:80, dar tocmai peste 3 săptămâni din debutul maladiei.

Mai sensibilă și mai frecvent dă rezultate pozitive RHAI cu diagnosticumurile eritrocitare monoreceptoare – O19; O12 și Vi. Anticorpii față de O-antigeni se depistează, începând cu ziua a 5–7-a de la debutul bolii, iar față de antigenii „Vi” – mai târziu (după a 3-a săptămână). Titrul incipient de diagnostic al RHAI este de 1:160 – 1:320 cu diagnosticumul eritrocitar „O” și 1:40 – cu diagnosticumul eritrocitar „Vi”, crescând în dinamică.

Pentru a avea valoare de diagnostic, aceste reacții serologice trebuie repetate în decursul bolii, pentru aprecierea dinamicii titrului. Numai o creștere progresivă a titrului acestor anticorpi

pledează în favoarea maladii tifo-paratifoide cu un tablou clinic respectiv.

Metodele clinice generale ale diagnosticului de laborator în febra tifoidă și paratifoidă. Un ajutor important în diagnosticul precoce al febrei tifoide și paratifoide și al diferențierii lor de alte afecțiuni o constituie examinarea generală a sângelui. În primele 2–3 zile de boală se poate observa o leucocitoză moderată, iar în perioada de stare – o leucopenie, aneozinofilie, limfocitoză relativă, neutrofilie cu deviere spre stânga, trombocitopenie. Dacă apar complicații (pneumonie, otită purulentă, parotidită, peritonită etc.), leucopenia se schimbă în leucocitoză neutrofilică. În cazuri grave poate fi și anemie. VSH în debutul maladii se modifică neînsemnat, ulterior crește moderat.

În cazuri grave, mai rar – semigrave, sunt caracteristice albuminuria și cilindriuria din analiza generală a urinei, care, de obicei, sunt legate de intoxicație.

Colectarea materialelor pentru examinarea bacteriologică și serologică în febra tifoidă și paratifoidă. Însămânțarea a 10 ml de sânge colectat din vena cubitală în 100 ml de bulion-biliat în condiții sterile se efectuează la patul bolnavului, când temperatura este mărită, fiindcă pacientul se află la un regim strict la pat.

Materiile fecale (2–3 g), urina (20–30 ml) se colectează în flacoane sterile și se expediază în laborator. Rezultatul pozitiv al însămânțării se obține la a 4-a zi. Recoltarea măduvei osoase se efectuează prin trepanobiopsie. Însămânțarea lichidului interstițial din elementul eruptiv steril scarificat cu ajutorul unei pipete pasteriene se efectuează într-o cutie Petri, care conține preparate biliare. Însămânțarea porțiilor de bilă, colectate în eprubete sterile (10–20 ml) se efectuează în laborator, utilizând mediul nutritiv îmbogățit. Sondajul duodenal e mai bine să fie efectuat la a 14–15-a zi de temperatură normală, în scopul de a depista purtătorii de salmonele tifo-paratifice.

Colectarea sângelui pentru examinările serologice se efectuează pe nemâncate, din vena cubitală a bolnavului în cantitate de 7-8 ml, într-o eprubetă sterilă, în scopul de a determina în laborator reacțiile serologice.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după febra tifoidă și paratifoidă. Externarea convalescenților după febra tifoidă și febrele paratifoide A, B și C se va efectua după 21 zile de temperatură normală, dacă bolnavii au fost tratați cu antibiotice, sau după 14 zile de temperatură normală, dacă lor nu li s-au administrat antibiotice. La externarea convalescenților menționați e necesar să fie obținute 3 rezultate bacteriologice negative ale materiilor fecale și urinei cu un interval de 2-3 zile după finisarea tratamentului etiotrop și încă un rezultat negativ al însămânțării bilei efectuat la a 16-17-a zi după tratamentul antibacterian. De asemenea, mai trebuie obținut un rezultat negativ al reacției de Vi-aglutinare.

Recomandările necesare la externare. Angajarea rațională a convalescenților în câmpul de muncă în timp de 2-3 luni cu eliberarea de la muncă fizică grea, de la deplasări și practicarea sportului. Se recomandă respectarea regimului alimentar și dietetic concomitent cu interzicerea grăsimilor greu fuzibile și respectarea minuțioasă a regulilor de igienă personală.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. La externarea din spital, buletinul pentru vacanța de boală va fi prelungit pentru 10 zile. În caz de necesitate, medicul de la CBI sau de familie îi mai poate prelungi buletinul pentru alte 10 zile.

Dispensarizarea. Toți convalescenții după febra tifoidă și febrele paratifoide se vor afla sub supravegherea dispensarică a medicului de la CBI sau de familie timp de 3 luni. În scopul depistării oportune a posibilei recidive, ei vor trece un control medical și vor efectua măsurarea temperaturii o dată pe săptămână în primele două luni și o dată în două săptămâni - în a 3-a lună. Pe parcursul supravegherii tuturor convalescenților, cu excepția persoanelor angajate în sectoare cu potențial

epidemiogen major – lunar, se va efectua analiza bacteriologică a materiilor fecale și a urinei, iar la sfârșitul lunii a treia – se va investiga reacția de aglutinare cu antigenul Vi. Dacă rezultatele acestor analize vor fi negative, convalescenții se vor afla sub supravegherea medicului de la Centrul sanitaro-epidemiologic timp de 2 ani.

Convalescenților, foști angajați înainte de boală în întreprinderile alimentare de stat sau private, în instituții de copii ori în rețeaua de aprovizionare cu apă, timp de o lună după externare, nu li se va permite să lucreze. Aceștia li se vor efectua 5 analize bacteriologice ale materiilor fecale, urinei, precum și o însămânțare a bilei. Rezultatele acestor analize fiind negative, ei vor fi admiși la lucrul de bază, însă lunar, timp de 3 luni, vor fi supuși unui control bacteriologic al materiilor fecale și urinei, iar la sfârșitul termenului se va mai controla bila (bilicultura) și reacția de aglutinare cu antigenul Vi. Dacă și aceste rezultate vor fi negative, convalescenții se scot de la evidență și se transferă la Centrul sanitaro-epidemiologic, unde se vor afla sub supravegherea medicului epidemiolog timp de 6 ani. Convalescenții, care continuă să fie purtători de salmonelle tifice sau paratifice, sunt destituiți de la munca pe specialitate și se vor afla la evidența epidemiologului Centrului de Medicină Preventivă toată viața.

Dizenteria

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu forme grave și semigrave de dizenterie acută, de asemenea, și cu cele cronice. Pacienții cu forme ușoare pot fi tratați la domiciliu, dacă vor permite condițiile epidemiologice.

2. Deprinderi practice clinice. *Palparea intestinului sigmoidian.* Degetele mâinii palpatoare se aranjează în regiunea iliacă stângă, perpendicular lungimii intestinului sigmoidian. În

timpul inspirației, degetele se adâncesc cât mai tare, apoi printr-o mișcare a palmei stângi dinăuntru în afară și de sus în jos împreună cu pielea peretelui abdominal anterior, ele se deplasează peste intestin. La palparea intestinului sigmoidian se stabilește consistența, mobilitatea, elasticitatea și duritatea acestuia. Palparea intestinului sigmoidian se mai poate executa cu muchia palmei drepte în regiunea iliacă stângă, punând de la început mâna la baza cristei superioare a osului iliac și deplasând-o spre ombilic. La aranjarea cercetătorului din partea stângă a bolnavului, intestinul sigmoidian se poate palpa, făcând mâna căuș și trecând-o de la ombilic spre crista iliacă superioară. În dizenterie, intestinul sigmoidian se palpează sub formă de un cilindru dureros, spasmă, comprimat, infiltrat, cu diametrul de 3–3,5 cm (în normă 1,5–2,0 cm).

Examinarea materiilor fecale. În dizenterie, scaunul poate fi fecaloid, însă mai des este lichid, sărăcăcios, cu particule de mucus și striuri de sânge, uneori cu puroi ori pelicule fibrinoase. Scaunul caracteristic pentru dizenteria colitică forma gravă prezintă un amestec de mucus cu striuri de sânge în cantități mici ("spută sau scuipat rectal"). Pentru această formă de maladie sunt caracteristice chemările false, care reprezintă un act de defecație fără rezultat și tenesmele – contracturi dureroase în partea de jos a abdomenului, în regiunea anală, înainte și în timpul actului de defecație.

Tehnica ajustării rectoscopului și efectuarea examinării. Rectoscopul este alcătuit din tubul rectoscopului, obturatorul cu olivă la capăt, sistemul de iluminare, care se cuplează la o baterie plată pentru lanterna de buzunar sau la sursa de energie electrică prin intermediul unui transformator de reducere. Întâi se strânge și se controlează sistemul de iluminare, apoi tubul rectoscopului și ultimul – obturatorul cu olivă. Din timp se spală intestinul: bolnavul se aranjează pe o masă în poziția genunchi-coate cu regiunea lombară bine curbată (sub formă de șea). Capătul steril al rectoscopului bine ajustat pentru lucru se unge cu vazelină

sterilă și se introduce în rectum la o distanță de 5–7 cm de la orificiul anal. După aceea se scoate obturatorul (se pune într-o soluție dezinfectantă), se îmbracă ocularul, se cuplează sistemul de iluminare, aprinzând lumina și sub controlul ochiului se introduce mai departe în intestin la o distanță până la 30 cm de la orificiul anal. În limitele normei mucoasă intestinală are suprafața netedă și strălucitoare, de culoare roz, cu un desen vascular bine conturat. În dizenterie cu ajutorul rectoromanoscopului se pot depista următoarele forme de afecțiuni ale mucoasei: catarale, hemoragice, foliculare, erozive, ulceroase sau combinațiile lor. După localizarea procesului se deosebesc: proctita, sigmoidita, proctosigmoidita. Într-un șir de cazuri, în dizenterie nu reușim cu ajutorul rectoscopului să găsim schimbări vizibile ale mucoasei segmentului distal al intestinului. Cercetările histologice ale preparatelor obținute prin metoda aspirației bioptice cu ajutorul rectomanoscopului favorizează precizarea formelor atipice de maladie. Rectomanoscopia se aplică în dizenterie în următoarele cazuri: a) formele neclare, atipice, abortive, unde se presupune dizenteria; b) în toate formele cronice; c) controlul eficienței tratamentului; d) în toate cazurile suspecte de purtători ai bacteriilor dizenterice.

Metoda colectării și însămânțării fecaliilor la bacteriile dizenterice. Colectarea măselor fecale pentru însămânțare se efectuează direct din rect cu un tubușor de gumă sau cu o ansă de sârmă de aluminiu sterilă. Pentru colectarea materialului cu ansa de sârmă bolnavul se culcă pe o parte cu genunchii aduși la burtă sau din poziția “în picioare”, fiind înclinat în regiunea lombară și desfăcând fesele cu mâinile. Ansa se introduce în rect la adâncimea de 5–6 cm, se fac 2–3 rotații fără efortări și atent se scoate, introducându-se într-o eprubetă ce conține 7–8 ml de soluție de 30% glicerină dizolvată în soluție fiziologică, care mai apoi se transportă în laborator. E mai bine ca colectarea materialului să se înfăptuiască cu o spatulă ori o ansă sterilă dintr-o oală de asemenea sterilă, fără urme de substanțe dezinfectante.

E de dorit să se ia la analiză părțile de mucus, puroi, pelicule, însă nu sânge. Însămânțarea materialului este mai bine să fie efectuată în laborator.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator în dizenterie. *Metode specifice de diagnostic.* Examenul bacteriologic al maselor fecale este cea mai veridică metodă de diagnostic în dizenterie, care precizează etiologia maladiei în 50–60% din cazuri. Examenul bacteriologic al altor materiale (masele vomitive, spălăturile gastrice) în formele gastroenterocolitice practic are o valoare mai mică. Rezultatul pozitiv poate fi obținut după 3 zile de la însămânțare, cel negativ – în a doua zi. Materialul pentru diagnosticul de laborator trebuie recoltat la prima adresare a bolnavului și până la instituirea tratamentului etiologic. Este de preferat prelevarea fecaliilor cu mucus sau conglomerate de mucus și puroi, fără amestec de sânge în legătură cu acțiunea lui bactericidă. Numărul de rezultate pozitive crește în caz de investigații repetate (3 însemnări ale maselor fecale până la instituirea tratamentului). Rezultatele pozitive ale examenului bacteriologic în dizenterie trebuie apreciate împreună cu datele clinice, epidemiologice, rectosigmoidoscopice și altor probe de laborator. În lipsa datelor clinice, rectoromanoscopice și rezultatelor serologice negative, ele pot determina portajul de șighele. În același timp, în formele colitice diagnosticul poate fi stabilit și în caz de rezultate negative ale examenului bacteriologic, dar fiind prezente datele clinice și epidemiologice.

Examenul imunofluorescent al frotiurilor din masele fecale se efectuează pentru depistarea agentului patogen la contactul cu serul respectiv, care conține anticorpi specifici marcați cu o substanță fluorescentă. Este o metodă specifică precoce, rapidă și semnalizantă, devenind pozitivă în 78–97% din cazuri. Metoda în cauză are o importanță deosebită pentru efectuarea acțiunilor antiepidemice urgente în focarele acestei maladii.

Metodele serologice. *Reacția de aglutinare (RA)* cu serul bolnavilor de dizenterie devine pozitivă, în titrul diagnostic de

1:200 (pentru Ș.flexneri – 1.400), începând cu săptămâna a doua de boală. Frecvența rezultatelor pozitive este de 30-50% și depinde de gravitatea bolii. Valoarea diagnostică a reacției este mai mare în caz de creștere a titrului în seruri perechi.

Reacția de hemaglutinare indirectă (RHAI) este una din cele mai sensibile metode de diagnostic serologic al dizenteriei. Ea devine pozitivă începând cu a 5-6-a zi de boală, în titrul diagnostic de 1:160. Importanță de diagnostic are creșterea titrului de anticorpi în seruri perechi prelevate repetat în a 10-12-a zi de boală.

Metode clinice de laborator. La examenul coprologic al maselor fecale (coprograma) se va depista mucus, leucocite și eritrocite. Rezultatul analizei va depinde de forma clinică și perioada maladiei, când s-a efectuat examinarea. Hemoleucograma are numai o oarecare importanță în diagnosticul dizenteriei. În perioada de stare a maladiei este caracteristică leucocitoza și neutrofilia, cu creșterea numărului de leucocite nesegmentate VSH, de regulă, devine accelerată.

4. Criterii de externare și dispensarizare a convalescenților după suportarea dizenteriei. Convalescenții, care au suferit de dizenterie acută fără confirmarea bacteriologică, sunt externați din spital după 3 zile de la dispariția semnelor clinice, în special, de la normalizarea scaunului și a temperaturii, iar în cazurile confirmate bacteriologic – cu condițiile menționate și un rezultat negativ al examenului bacteriologic al materiilor fecale la germeni din grupa dizenterică.

Lucrătorii de la întreprinderile cu potențial epidemiogen (instituții de alimentare, pentru ocrotirea copilului, din sistemul de aprovizionare cu apă, din rețeaua de alimentare publică sau privată), care au suferit de dizenterie acută, vor fi externați din spital în condițiile indicate mai sus și după ce s-a obținut un rezultat negativ al examenului bacteriologic al materiilor fecale la germeni din grupa dizenterică. Dacă acestor persoane diagnosticul de dizenterie le-a fost confirmat bacteriologic, sunt necesare

două rezultate negative cu un interval de 1-2 zile după finisarea tratamentului.

În cazul dizenteriei cronice, convalescenții vor fi externati din spital după ameliorarea stării clinice, dispariția intoxicației, normalizarea scaunului, pe parcursul a 10 zile și după obținerea a două rezultate negative bacteriologice ale materiilor fecale, luate după 2 zile de la finisarea tratamentului etiologic, cu un interval de 1-2 zile.

Lucrătorii de la întreprinderile alimentare și din alte locuri cu potențial epidemiogen, la care a fost diagnosticată dizenteria cronică, vor fi externati din spital în condițiile indicate mai sus.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. Persoanele, care au suferit de dizenterie și nu trebuie supuse controlului dispensaric, își încep activitatea de muncă în următoarea zi după externare. Convalescenții, care au nevoie de încadrare în condiții speciale de muncă, vor respecta un regim dietetic, precum și cei care vor fi supuși evidenței de dispensar, sunt externati, având buletin de boală deschis și prelungit pentru a se prezenta la medicul din CBI sau la medicul de familie.

Recomandări la externare. Să se respecte regimul de alimentare și dietetic timp de 3-4 săptămâni, interzicându-se produsele alimentare picante, grăsimile greu fuzibile și alcoolul. Să se reîncadreze rațional în muncă: a) după formele grave de dizenterie - să se elibereze de către medicul de familie ori infecționist pe 2-3 săptămâni de lucru fizic greu, de deplasări, de muncă în condiții meteorologice nefavorabile; b) lucrătorii din locuri cu potențial epidemiogen să fie eliberați pe perioada necesară a examenului bacteriologic.

Supravegherea de dispensar a convalescenților. Sunt supuse dispensarizării persoanele care au atribuție directă la prepararea, păstrarea, transportarea, realizarea produselor alimentare și altor produse similare, care au suferit de dizenterie acută, confirmată bacteriologic, precum și purtătorii de germeni. Se vor mai afla sub supraveghere de dispensar și convalescenții după dizenterie

cronică, persoanele cu scaun instabil, pentru un timp îndelungat, care activează la întreprinderi alimentare sau în alte locuri cu potențial epidemiogen.

Se stabilesc următoarele termene și reguli de dispensarizare. Persoanele suferinde de dizenterie cronică bacteriologic confirmată, purtătorii ce elimină un timp îndelungat germeni, sunt supuși timp de 3 luni unui examen clinic și de laborator, efectuat lunar de infecționistul din CBI sau de medicul de familie. Convalescenții, după dizenteria acută, care lucrează în întreprinderile alimentare și alte locuri cu potențial epidemiogen, se vor afla la evidență timp de 3 luni. În această perioadă ei vor fi investigați clinic și bacteriologic de medicul de la CBI ori de cel de familie. Persoanele din categoria menționată, care au suferit de dizenterie cronică, se vor afla la evidență timp de 6 luni și lunar li se va efectua un examen clinic și bacteriologic ale materiilor fecale la germeni din grupa dizenterică. După expirarea acestui termen, în caz de vindecare completă, persoanele se pot încadra la locul vechi de muncă. În cazurile când agentul patogen persistă un timp îndelungat, purtătorului i se efectuează un examen clinic și i se prescrie cure noi de tratament până la sanarea deplină.

Salmoneloza

1. Criteriile de internare. Se întemează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase pacienții cu forme grave și semigrave de salmoneloză. Pacienții cu forme ușoare pot fi tratați la domiciliu, dacă vor permite condițiile epidemiologice.

2. Deprinderi practice clinice. *Simptomele de deshidratare* sunt ca o consecință a scaunului diareic abundent, foarte frecvent și a văomei repetate, sub formă de havuz, cu pierderi mari de lichid și electroliți, manifestându-se prin: slăbiciune generală, vertijuri, senzație de sete, uscăciunea mucoaselor și a tegumentelor cu tendința de a forma cute, voce ștearsă sau răgușită, facies

livid cu ochi înfundați, cu cearcăne negre sub ochi, nas proeminent, crampe musculare penibile, atroce.

Simptomele șocului toxiinfecțios, de regulă, apar în formele generalizate, după gravitate, divizându-se în 3 grade: I, II, III. Șocul toxiinfecțios se caracterizează prin slăbiciune generală pronunțată, hipertermie până la 40°C și peste, frisoane, transpirație abundentă. Bolnavul este agitat, cu hiperreflexie, tahicardie, tahipnee. În șocul toxiinfecțios de gradul III temperatura corpului este normală ori subnormală, tegumentele palide, reci și umede, se depistează acrocianoză, conștiința confuză, pulsul slab, tensiunea arterială scăzută sau nu se determină, apare voma, convulsii.

Palparea abdomenului. Abdomenul devine balonat (meteorism) și dureros. Se efectuează palparea superficială de orientare și profundă pentru depistarea intestinului, care se începe cu colonul sigmoidian, cecul, ileonul, colonul transversal, flexura hepatică, de asemenea, a secțiunilor ascendente și descendente ale intestinului gros.

Palparea ficatului și a splinei (vezi HV). Hepatomegalia și splenomegalia în salmoneloză este moderată și se întâlnește, de regulă, în formele generalizate.

Caracteristica scaunului. Scaunul este apos, abundent, frecvent (până la 10 ori în nictemer și mai mult în funcție de forma de gravitate), are culoare verzuie, cu miros fetid și cu mucus (în formele gastroenterocolitice).

Colectarea materialului pentru examenul bacteriologic. Hemocultura (vezi febra tifoidă).

Coprocultura. Se recoltează 2-3 grame de materii fecale cu o spatulă sterilă de lemn ori un bețișor de sticlă din vasul sau oala de noapte, imediat după actul de defecație, colectându-se din porțiunile cele de la urmă, care vin din părțile de sus ale intestinului. Se va ține cont ca plosca ori oala de noapte să nu fie prelucrate cu substanțe dezinfectante. Materiile fecale vor fi recoltate în vase de sticlă sterile (borcănaș cu o capacitate de

100 ml), care vor fi păstrate (până la transmiterea la laboratorul bacteriologic) la rece, la temperatura de $+4^{\circ}\text{C}+8^{\circ}\text{C}$ ori în eprubetă cu conservant.

Masele vomitive ori spălăturile stomacale vor fi recoltate în cantitate de 20–50 ml în borcănașe sterile, apoi vor fi imediat expediate în laborator. Din spălăturile gastrice se vor recolta primele porțiuni și numai atunci, când nu s-a utilizat permanganat de potasiu ori alte substanțe dezinfectante. Dacă nu este posibil de a fi expediate la laborator, provizoriu vor fi păstrate la rece (temperatura $+4+8^{\circ}\text{C}$). În caz de absență a scaunului, materialul se recoltează din rect cu ajutorul unei anse de sârmă sterile (vezi dizenteria).

Urinocultura. Se colectează urina în cantitate de 20–30 ml cu ajutorul unui cateter steril, după toaleta prealabilă a organelor genitale externe. La bărbați e posibilă colectarea urinei în timpul eliminării ei obișnuite, însă după toaleta preventivă a organelor genitale.

Bilicultura. Bila și sucii duodenali vor fi recoltate în eprubete sterile în perioada de convalescență. Recoltarea și însămânțarea bilei se face în scopul de a depista dacă convalescenții n-au rămas purtători de germeni.

Puroiul și exudatul din focarele formelor septicemice vor fi recoltate în eprubete sterile și expediate în laborator pentru însămânțare.

Colectarea sângelui pentru examenul serologic. Din vena cubitală se recoltează 3–5 ml de sânge.

Calcularea cantității necesare de soluții saline pentru rehidratare (vezi holera).

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator în salmoneloză. *Diagnosticul specific.* Interpretarea rezultatelor hemoculturii, coproculturii, urinoculturii și biliculturii se face ca și în febra tifoidă. Rezultatele de certitudine vor fi obținute în a 3–4-a zi din momentul însămânțării. Ele au o importanță primordială în diagnosticul specific. Evidențierea în hemocultură

a agentului patogen totdeauna va confirma diagnosticul de salmoneloză, pe când în copro-, uro- și bilicultură – numai în cazurile manifeste de boală. În cazul când simptomatologia clinică a fost absentă ultimele 3 luni și rectoromanoscopic nu sunt modificări patologice în intestin, se confirmă portajul de salmonele.

Metoda serologică. Anticorpii specifici apar în sânge în a 5–7-a zi de boală în titru semnificativ cu o tendință spre creștere, menținându-se la nivel înalt timp de 1–2 luni de zile. Pentru confirmarea diagnosticului clinic se recomandă să fie recoltate seruri perechi cu un interval de 5–7 zile. Sângele va fi recoltat în a 5–7-a zi de boală și în convalescență. Creșterea considerabilă a titrului acestor anticorpi va pleda în favoarea diagnosticului de salmoneloză. Din reacțiile serologice sunt utilizate reacția de aglutinare (RA) și de hemaglutinare indirectă (RHAI). RHAI este mai sensibilă decât RA, fiind pozitivă deja la a 5-a zi de la debutul maladiei. Principiul de aplicare a RA și RHAI e ca și în febra tifoidă. Titrurile de aglutinare semnificative pentru confirmarea diagnosticului sunt în aceste reacții, respectiv, 1:200 și 1:160, fiind în creștere.

Metoda expres de diagnostic. Una din cele mai răspândite metode este cea imuno-fluorescentă, fiind rapidă și specifică. Se utilizează anticorpi specifici cuplați cu o substanță fluorescentă, care se pune în contact cu produsul de cercetare pentru a se fixa pe antigenul specific presupus. Fenomenul de fixare specifică este vizualizat la un microscop luminiscent. Complexul antigen-anticorp emite o culoare galbenă-verzuie. Imunofluorescența permite stabilirea diagnosticului în câteva ore, însă el este orientativ.

Testele de coagulare și aglutinare cu latex pentru anticorpi la antigenul Vi, care sunt mai specifice și mai sensibile decât RA. Sensibilitatea este de circa 95% cu un procent foarte mic de rezultate fals negative.

Reacția de polimerizare în lanț pentru antigenul Vi este specifică și sensibilă, dar rămâne încă sofisticată și costisitoare.

Metodele clinice generale de diagnostic de laborator. Modificările hematologice. Numărul de eritrocite și viscozitatea sângelui crește (pierderi de apă și electroliți). Numărul leucocitelor poate fi divers — normal, redus, dar mai frecvent este mărit preponderent în formele grave. Se determină o deviere a formulei leucocitare în stânga (crește numărul elementelor nesegmentate). VSH este, de regulă, normală, uneori mărită.

Schimbările în urină se constată în formele grave, uneori și medii, caracterizându-se prin albuminurie toxică și cilindurie.

Coprograma ne va indica starea funcțională a tubului digestiv și modificările patologice din intestin. În forma gastroenterocolitică în materiile fecale se depistează mucus și striuri de sânge.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după salmoneloză. *Regulile de externare.* Externarea convalescenților se va face după o însănătoșire clinică deplină, obținându-se un rezultat negativ al coproculturii, iar la persoanele cu potențial epidemiologic sporit — două rezultate negative, cu un interval de 1–2 zile după terminarea tratamentului.

Recomandări necesare la externare. Respectarea regimului alimentar și dietetic timp de 3 luni, excluderea produselor care se mistuie și se asimilează greu, a bucatelor picante, a alcoolului, respectarea regulilor igienei personale. Reîncadrarea rațională în muncă a convalescenților după formele grave și generalizate se efectuează în primele 2–3 luni de la lucrul fizic greu se interzice, practicarea sportului, deplasările, lucrul în schimbul de noapte și cel cu substanțe toxice ori de la munca în condiții meteorologice nefavorabile.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. Convalescenții după formele acute de boală, indiferent de profesia pe care o practică, sunt încadrați în muncă chiar în prima zi de la externare, fără efectuarea unui oarecare examen clinic sau

bacteriologic în condiții de ambulator. Convalescenților, care sunt încadrați în sectoare cu potențial epidemiologic sporit, li se interzice activitatea în profesie. Ceilalți sunt admiși la lucru imediat după externare, dar li se interzice serviciul de gardă în cantine timp de 3 luni.

Dispensarizarea. La evidența medicului infecționist de la CBI sau a medicului de familie timp de 3 luni se vor afla numai convalescenții care sunt angajați la muncă în sectoare cu potențial epidemiologic sporit. Lunar acestora li se va face un examen bacteriologic al materiilor fecale. Purtătorii de salmonele, angajați în sectorul de muncă indicat mai sus, sunt eliberați de la serviciu, fiind luați la evidență la Centrul de Medicină Preventivă (CMP).

Toxiinfecțiile alimentare

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase pacienții cu forme grave și semigrave de toxiinfecții alimentare. Bolnavii cu forme ușoare pot fi tratați la domiciliu, dacă permit condițiile epidemiologice.

2. Deprinderi practice clinice: a) *Simptome de deshidratare* (vezi salmoneloza, holera). În toxiinfecțiile alimentare, mai rar ca în holeră și salmoneloză, prin scaunul diareic și voma repetată pot fi pierderi de hidroelectroliti, dezvoltându-se simptome de deshidratare; b) *Simptome ale șocului toxiinfecțios* (vezi salmoneloza). În toxiinfecțiile alimentare mai frecvent ca în salmoneloză se dezvoltă simptomele șocului toxiinfecțios; c) *Palparea abdomenului* (vezi salmoneloza). În toxiinfecțiile alimentare, ca și în salmoneloză, febra tifoidă, botulism, abdomenul poate fi balonat; d) *Caracteristica scaunului.* În toxiinfecțiile alimentare, în funcție de localizarea procesului infecțios, scaunul poate fi normal, lichid apos, frecvent cu mucus și striuri de sânge.

Colectarea materialului pentru examenul bacteriologic. Se recoltează, ca și în salmoneloză, 2-3 gr materii fecale în borcănășe sterile, care vor fi transferate în laborator ori provizoriu păstrate la $t^{\circ}+4^{\circ}+8^{\circ}\text{C}$. Masele vomitive și apele de la spălări gastrice vor fi recoltate în cantitate de 20-30 ml, ca și în salmoneloză.

Calcularea cantității necesare de soluții politionice pentru rehidratare (vezi holera).

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Diagnosticul specific.* Examenul bacteriologic este metoda principală de confirmare a toxiinfecțiilor alimentare. Interpretarea rezultatelor coproculturii se va efectua, ca și în febra tifoidă sau în salmoneloză. Rezultatele de certitudine vor fi obținute în a 3-4-a zi din momentul însămânțării.

Metodele clinice generale de investigație de laborator. *Modificările hematologice.* Numărul de eritrocite și vâscozitatea sângelui crește (în toxiinfecțiile alimentare, care se soldează cu pierderi de apă și electroliți). Numărul leucocitelor poate fi divers: normal, redus, mărit; VSH este, de regulă, normală.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după toxiinfecțiile alimentare. Externarea convalescenților se va efectua după o însănătoșire clinică deplină, obținându-se un rezultat negativ al coproculturii (dacă a fost confirmată etiologic) la persoanele cu un potențial epidemiologic sporit.

Recomandări necesare la externare. Respectarea regimului alimentar timp de 2-3 săptămâni, concomitent cu excluderea produselor care se mistuie și se asimilează greu, a bucatelor picante. Încadrarea rațională în câmpul muncii concomitent cu eliberarea în primele 2-3 săptămâni de lucru fizic greu, practicarea sportului etc.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. Convalescenții după externare sunt antrenați în câmpul muncii chiar în prima zi de la externare. Convalescenților, care sunt

încadrați în sectoare cu potențial epidemiologic sporit, temporar li se interzice activitatea profesională.

Dispensarizarea. La evidența medicului infecționist de la CBI sau a medicului de familie timp de 3 luni se vor afla pacienții care au suportat toxinfecția alimentară cu diagnosticul etiologic confirmat și sunt angajați în sectoare cu potențial epidemiologic sporit. Lunar li se va efectua un examen bacteriologic al materiilor fecale.

Botulismul

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme de botulism și cei suspectați

2. Deprinderile practice clinice. *Depistarea simptomelor clinice. Sindromul gastrointestinal:* dureri abdominale slabe, grețuri, vome, scaun lichid cu frecvența de 3–4 ori în nictimer timp de 1–2 zile, fără mucozități, ulterior – constipații

Simptomatologia neurologică: oftalmoplegie – se constată *midriază* (pupilele sunt dilatate, reacția la lumină este diminuată ori lipsește total), *anisocorie* (dilatarea neuniformă a pupilelor), *ptoză palpebrală* (palpebrele superioare sunt lăsate în jos), *diplopie* (dublarea obiectelor la vizualizarea lor), *tulburări de vedere* (inițial pacienții acuză “ceață”, “muște zburătoare” în fața ochilor, lectura caracterelor tipografice obișnuite este dificilă sau imposibilă), *nistagmus* (mișcarea involuntară ritmică verticală sau orizontală a globilor oculari), *strabism* (lipsa de paralelism a axelor globilor oculari, privire crucișă); *paralizii faringiene:* înghițirea este dificilă sau imposibilă, hrana lichidă se revarsă pe nas, vorbirea dificilă, vocea răgușită sau absentă (afonie); palatinul moale și uvula nu vibrează, sunt paralizate, apar semne de înec în rezultatul paraliziei epiglotei. În formele grave se dereglează mictiunea; *paralizii ale mușchilor respiratorii* cu insuficiență respiratorie, bolnavii încep să simtă insuficiență de

aer, fac pauze inopinate în timpul vorbirii, se produce senzația de constricție sau de greutate în piept, în unele cazuri - dureri în cutia toracică. Fespirația, de obicei, nu se accelerează, dar devine superficială.

Procedeele terapiei de urgență. În primele ore sunt indicate *spălături gastrice* cu apă fiartă și răcită (pentru recoltare), apoi cu o soluție de 2% bicarbonat de sodiu ori de permanganat de potasiu pentru îndepărtarea resturilor alimentare aflate în cavitatea gastrică, ce conțin botulotoxină. Stomacul se spală prin sondă (tub Faucher), în lipsa ei, poate fi provocat reflexul faringian pentru provocarea vărsăturilor. Pentru evacuarea tubului digestiv de botulotoxină este indicată clisma cu soluție de 2% bicarbonat de sodiu sau se administrează purgative.

Metoda de colectare a materialului pentru examenul bacteriologic. În acest scop se examinează masele vomitive ori spălăturile gastrice, sângele, urina și materiile fecale. Materialul pentru examinare se recoltează într-un vas steril ermetic, până la inițierea tratamentului specific. Sângele se recoltează în cantitate de 15-20 ml, masele vomitive ori spălăturile gastrice - 50-100 ml, materiile fecale - 25-50 g, urina - 5-10 ml. Materialul se păstrează la rece, deoarece toxina botulinică se distruge parțial la temperatura camerei

Metoda administrării serului antibotulinic. Serul antibotulinic reprezintă tratamentul specific, ce se administrează cu cea mai mare urgență. Se injectează un amestec de ser antibotulinic monovalent (anti-A+B+E) intravenos sau intramuscular. O doză curativă de ser antibotulinic conține 10.000 UI de tip A și E și 5000 UI de tip B. De obicei, în cazurile severe de botulism se administrează la cura de tratament 15-17 doze, în semigrave - până la 10 doze și în cele ușoare - 1-2 doze. Fiind un ser eterogen, el se administrează cu aceleași precauții menționate pentru toate serurile eterogene (vezi tetanosul).

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Metode specifice de diagnostic. Examenul bacteriologic.* Materialul

pentru examinare (sângele, masele vomitive ori spălăturile gastrice, urina și materiile fecale, resturi de alimente suspecte, dacă au rămas) se va însămânța pe medii anaerobe. Examenul bacteriologic necesită condiții speciale și un timp mai îndelungat. Conform datelor noastre, rezultatele deseori sunt negative.

Metoda biologică. Din materialul prezentat în laborator se obține filtrat sau centrifugat pentru depistarea toxinei botulinice. Materialul se injectează intraperitoneal la șoareci ori cobai neprotejați și protejați cu antitoxine A, B, E. În cazurile pozitive șoarecii neprotejați pier în timp de 4–6 ore, cobaii – în timp de 24–36 ore, uneori și mai târziu.

Pentru determinarea tipului toxinei botulinice se utilizează reacția de neutralizare, esența căreia constă în injectarea intraperitoneală a unei perechi de șoareci 0,5–0,8 ml ser de la bolnav ori filtratul materialului examinat, perechii a doua, filtratul materialului examinat și ser antibotulinic A,B,E (0,02 ml de fiecare tip). În cazurile pozitive șoarecii neprotejați pier, cei protejați rămân vii. Se efectuează reacția de neutralizare cu seruri monovalente A, B, E pentru determinarea tipului de toxină.

Metode clinice generale de diagnostic de laborator.
Modificările hematologice. În sânge se constată mai frecvent o leucocitoză moderată cu neutrofilie. În urină se determină albuminurie, cilindrurie și celulele epitelului renal.

4. Criteriile de externare din spital. Convalescenții de botulism sunt externați din spital după însănătoșire clinică deplină ori cu unele sechele, ce nu pun în pericol activitatea vitală a pacientului.

Recomandări la externare. La prezența unor sechele (pareze etc.) se recomandă a continua în condiții de ambulator tratamentul parezelor cu proceduri fizioterapeutice. Eliberarea de la munca fizică grea timp de o lună și mai îndelungat.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În lipsa sechelelor și a maladiilor asociate, pierderea temporară a capacității de muncă constituie 10 zile. În funcție de caracterul

sechelelor, buletinul de boală va fi prelungit de comun acord cu medicul de familie, neurologul sau infecționistul.

Dispensarizarea convalescenților după botulism nu se efectuează în caz de prezență a complicațiilor sistemului nervos central ori ale miocardului. Acești convalescenți se supraveghează de specialiștii respectivi un timp mai îndelungat.

Escherichioza

1. Criteriile de internare. Se intemează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu forme grave și semigrave de escherichioză. Bolnavii cu forme ușoare pot fi tratați la domiciliu, dacă permit condițiile epidemiologice.

2. Deprinderile practice clinice: a) *Simptomele de deshidratare* (vezi salmoneloza, holera) apar în formele holeriforme ale maladiei; b) *Simptome ale șocului toxiinfecțios* apar în formele dizenteriforme ale maladiei (vezi salmoneloza); c) *Palparea abdomenului* (vezi salmoneloza). Abdomenul poate fi balonat și dureros; d) *Palparea colonului sigmoidian* (vezi dizenteria) se va face în formele cu evoluție clinică ca în dizenterie; e) *Examinarea materiilor fecale în escherichioză.* Scaunul poate fi fecaloid, lichid, abundent, apos ca în holeră, sau lichid, sărăcăcios, cu mucus și striuri de sânge ca în dizenterie; g) *Rectoromanoscopia* (vezi dizenteria) în formele cu evoluție clinică ca în dizenterie (forme neclare, atipice, abortive) și la controlul eficacității tratamentului acestor forme se aplică rectoromanoscopia.

Colectarea materiilor fecale, a maselor vomitive și a apelor de spălare pentru examenul bacteriologic se efectuează ca în salmoneloza.

Colectarea sângelui pentru examenul serologic. Se recoltează 3–5 ml sânge din vena cubitală.

Calcularea cantității necesare a soluțiilor saline pentru rehidratare (vezi holera) se va face în formele clinice care evoluează cu simptomatologia holerei.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Diagnosticul specific. Examenul bacteriologic.* Interpretarea rezultatelor însămânțării materiilor fecale, maselor vomitive sau a apelor de spălare gastrice se face ca în salmoneloză ori febra tifoidă. Rezultatele de certitudine vor fi obținute în a 3-4-a zi din momentul însămânțării. Ele au o importanță primordială în precizarea diagnosticului de escherichioză.

Examenul serologic. Poate fi utilizată RHA1, dar în practica medicală această reacție nu este solicitată (reacții falspozitive cu șighele, salmonele).

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după escherichioză. Externarea convalescenților se va face după o însănătoșire deplină, iar a persoanelor cu potențial epidemiologic sporit – după două rezultate negative cu un interval de 1-2 zile după finisarea tratamentului.

Recomandări necesare la externare. Respectarea regimului alimentar timp de 2-3 săptămâni concomitent cu excluderea produselor alimentare bogate în celuloză, a bucatelor picante, alcoolului, respectarea regulilor igienei personale.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. Toți convalescenții vor fi încadrați în câmpul muncii, începând activitatea profesională în prima zi de la externare, cu excepția acelor care au potențial epidemiologic sporit din contingentul decretat.

Dispensarizarea. La evidența medicului infecționist de la CBI sau a medicului de familie se vor afla numai convalescenții care sunt angajați la muncă în sectoare cu potențial epidemiologic sporit timp de 3 luni. Lunar li se va face un examen bacteriologic al materiilor fecale.

Yersinioza intestinală (enterocolitică) și pseudotuberculoza

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu forme grave și semigrave de yersinioză și pseudotuberculoză. Bolnavii cu forme ușoare pot fi tratați la domiciliu, dacă permit condițiile epidemiologice și diagnosticul este confirmat prin teste de laborator.

2. Deprinderi practice clinice. Ambele maladii se caracterizează printr-un polimorfism variat de forme clinice. În pseudotuberculoză se disting următoarele forme clinice, care trebuie depistate: abdominală, scarlatiniformă, icterică, catarală, artralgică, mixă și generalizată (septicemică). În Yersinioza intestinală predomină formele gastrointestinale (gastroenteritică, enterocolitică, gastroenterocolitică, apendiculară, de adenită mezenterială, ileită terminală). Se mai înregistrează forme septicemice (generalizate) și portaj de germeni.

Pentru ambele maladii sunt caracteristice simptome pronunțate de intoxicație și alergice. Datorită polimorfismului clinic variat, aceste maladii necesită o diferențiere de multiple alte boli asemănătoare, în legătură cu care fapt diagnosticul lor clinic se confirmă obligatoriu prin metode de laborator.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Metoda bacteriologică.* Drept material biologic pentru examenul bacteriologic pot fi prelevate materiile fecale, sângele, urina, spălăturile faringiene, lichidul cefalorahidian, bila, conținutul din abcese, sectoare de intestin rezectat, apendicele, ganglionii limfatici. Recoltarea materialului pentru examenul bacteriologic se va efectua până la începutul tratamentului cu antibiotice, prelevându-se 2-3 probe. Materiile fecale se vor recolta în cantitate de 5-6 g în vase sterile. Ele pot fi recoltate din scaun, dacă este necesar - după clismă, cu sonda sau cu un tampon de vată. Sângele se recoltează cu o seringă sterilă de 10-20 ml, fiind

introdusă după extragere într-un flacon cu mediu de cultură în raport 1:5; 1:10. După obținerea tulpinii pure de agent patogen, se studiază proprietățile ei biochimice, se determină bio- și serovarianta. Rezultatul bacteriologic definitiv poate fi obținut după 16–17 zile de la însămânțare. După antigenul somatic “O” în yersinioză se subdivizează peste 50 de variante serologice, dintre care mai des afectează omul serovariantele O3; O5; O7; O8; O9. În Republica Moldova se întâlnesc mai frecvent variantele O3 și O5.

După antigenul somatic “O” în pseudotuberculoză se subdivizează 8 variante serologice. Mai frecvent afectează omul serovarianta I, mai rar – III și foarte rar – II, IV și V.

Metodele serologice de diagnostic. Investigațiile serologice constituie metoda principală de diagnostic al yersiniozei și pseudotuberculozei. Ele permit a determina prezența și concentrația anticorpilor specifici în sângele bolnavilor. În acest caz vor fi utilizate RA, RHA1 și reacția imunoenzimatică. RA se montează cu tulpinile tipice sau cu autocultură. Titrul semnificativ este de 1:100 din începutul săptămânii a doua de boală, fiind în creștere pe parcursul maladiei. RHA1 este mai sensibilă, titrul diagnostic semnificativ fiind de 1:200 din a 3–5-a zi a maladiei. Se recoltează seruri perechi în 1–3-a și 7–10-a zi de boală, urmărindu-se creșterea titrului în dinamică. Apreciind rezultatele investigațiilor serologice, trebuie să ținem cont de faptul că yersiniile au antigeni comuni cu agenții altor boli infecțioase, putând fi înregistrate rezultate fals-pozitive. De aceea rezultatele trebuie analizate și apreciate în contextul datelor clinice, epidemiologice și altor teste ale investigațiilor de laborator.

Metoda imunofluorescentă. Din materialul biologic prelevat se efectuează frotiuri, care sunt tratate cu anticorpi fluorescenți, rezultatul apreciindu-se în microscopul luminiscent. Actualmente pentru diagnosticul yersiniozelor au fost elaborate metode sensibile de diagnostic ca imunobloting și reacția de polimerizare

în lanț. Colectarea sângelui se efectuează din vena cubitală în eprubetă pentru reacțiile serologice în cantitate de 3-5 ml, pentru probele biochimice - 5-7 ml.

Metodele clinice de laborator. În hemoleucogramă se depistează o leucocitoză cu devierea formulei leucocitare spre stânga, monocitoză, limfopenie relativă, eozinofilie. Se determină o creștere substanțială a VSH. În formele grave perioada de stare a maladiei în urină poate fi depistată proteinuria, albuminuria, microhematuria, cilindruria. La o parte din bolnavi cu forme icterice, abdominale sau generalizate se depistează hiperbilirubinemia, creșterea activității ALAT, ASAT, a aldolazei și a altor probe biochimice.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după yersinioză sau pseudotuberculoză. *Regulile de externare.* Externarea convalescenților după pseudotuberculoză se efectuează la însănătoșirea clinică, ținându-se cont de indicii de laborator, însă nu mai devreme de 10 zile de la dispariția semnelor clinice ale maladiei.

Recomandări la externare a convalescenților de pseudotuberculoză. Plasarea rațională în câmpul muncii a pacienților, care au suportat forme generalizate, icterice sau abdominale ale maladiei, constă în evitarea lucrului fizic greu, a exercițiilor sportive, a deplasărilor. Acestor persoane li se recomandă respectarea regimului alimentar și dietetic timp de 3 luni.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. La externarea convalescenților după formele icterice, abdominale și generalizate de pseudotuberculoză acestora li se prescrie buletinul de boală pentru încă 10 zile; după celelalte forme - pentru încă 2-5 zile. În Centrul medicilor de familie buletinul poate fi prelungit, în caz de necesitate, de către infecționistul din CBI sau de medicul de familie.

Dispensarizarea convalescenților după pseudotuberculoză se efectuează de infecționistul din CBI sau de medicul de familie.

După formele icterice supravegherea de dispensar se efectuează pe o perioadă de 3 luni, investigându-se probele funcționale ale ficatului la 1 și 3 luni, iar după celelalte forme – timp de 21 zile (timpul probabil de apariție a recidivelor).

Regulile de externare din spital a convalescenților după yersinioza intestinală, durata pierderii temporare a capacității de muncă și supravegherea de dispensar a convalescenților după formele intestinale de yersinioză sunt aceleași ca și în salmoneloză. În formele generalizate și abdominale – aceleași ca în pseudotuberculoză.

Holera

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în spitalul holeric toți pacienții cu diverse forme de holeră și cei suspecti. În caz de epidemie de holeră, toți pacienții cu disfuncții intestinale se internează în spitalul provizoriu, iar persoanele sănătoase, care au fost în contact cu bolnavii de holeră, se internează în izolator.

2. Deprinderi practice clinice în holeră. *Depistarea semnelor de deshidratare.* În majoritatea cazurilor, holera debutează noaptea, mai frecvent spre dimineață, cu apariția scaunului lichid fără dureri în abdomen. La început, scaunul este fecaloid, însă după 3–4 defecații devine caracteristic, apare o masă lichidă abundentă, de culoare albicioasă, care conține fluturi albicioși. Scaunul în holeră este asemănător cu fiertura de orez sau riziform. Cu cât frecvența scaunului este mai mare, cu atât mai rapid apar semnele de deshidratare.

Mai frecvent, după câteva ore, la scaunul riziform se asociază voma. Ultima are următoarele particularități: apare pe neașteptate, fără năusee (greață) și este asemănătoare cu un havuz. Voma repetată și voluminoasă, asociată la diareea cu scaune frecvente și abundente, conduc, la deshidratarea și demineralizarea bolnavului de holeră.

Simptomele caracteristice pentru deshidratare sunt: slăbiciunea generală, vertijurile, setea, uscăciunea mucoasei bucale, a pielii și a altor mucoase (conjunctivele mate, buzele uscate, uscăciunea limbii, a faringelui, laringelui, elasticitatea pielii scăzută; pielea strânsă în cute mult timp nu-și reia poziția inițială).

În cazuri grave (deshidratare de gradul III și IV) apar zbârcituri și cute pe piele ("mâna spălătoresei"), acrocianoza, simptomul "ochelarilor întunecați". Înfățișarea bolnavului este evident schimbată: ochii sunt înfundați în orbite, trăsăturile feței devin ascuțite, privirea este fixată într-un singur punct, obrajii sunt prăbușiți înăuntru, vocea devine răgușită până la afonie, temperatura corpului este subnormală (hipotermia); apar convulsii (crampe) mai des în mușchii gastrocnemieni și maseterieni; în deshidratarea de gradul IV convulsiile în mușchii degetelor de la mâini conduc la apariția simptomului "mâna moașei". Ca urmare a convulsiilor tonice în mușchii de la spate și cervicali, capul bolnavului este lăsat pe spate.

Respirația devine de o frecvență sporită (dispnee mai mult de 30 respirații într-o minută), brusc scade tensiunea arterială. În deshidratarea de gradul III și IV tensiunea arterială nu se determină, pulsul devine filiform, deseori nu se apreciază. Scade evident cantitatea urinei eliminate (oliguria) până la încetarea ei definitivă (anuria).

Gradul de deshidratare în holeră. În holera cu deshidratarea de gradul I bolnavul pierde 1-3% din masa corporală, în gradul II - 4-6%, în gradul III - 7-9% și în gradul IV - 10% și mai mult.

În holera cu deshidratarea de gradul IV după 2-3 ore, dispăre voma și diareea, însă apar căscatul și sughitul. Se spune că în această formă de holeră viii seamănă cu morții, iar morții seamănă cu viii. După deces în holera, la cadavru se contractează masiv musculatura, se ridică temperatura, încep diverse contracturi și mișcări musculare. Au fost descrise cazuri când mortul ridica capacul sicriului ori când el cădea de pe masă.

Calcularea cantității necesare de soluții poliionice pentru rehidratare în holeră. Pentru efectuarea acestor calcule e necesar de a cântări bolnavul pentru a clarifica și înregistra greutatea bolnavului până la boală și în timpul internării. Pentru cântărirea bolnavului în staționar e bine de avut un cântar – pat special. Mai potrivit pentru acest scop ar fi un cântar portativ, care ușor se instalează la patul bolnavului de holeră. Dacă lipsesc aceste paturi speciale, atunci cântărirea pacientului se va efectua cu un cântar mare, pe care se instalează el cu tot cu targă. Cântărirea bolnavului de holeră internat în spital cu semne de deshidratare este obligatorie. Dacă greutatea bolnavului până la boală nu este stabilită, atunci i se introduce în organism o cantitate de soluții poliionice, care corespund cu pierderea lichidului din organism conform gradului stabilit de deshidratare. În acest caz, gradul de deshidratare se stabilește în baza anamnezei maladii și a simptomelor ei clinice. La bolnavii cu holeră de gradele III și IV de deshidratare se colectează sânge pentru examinare și începe perfuzarea în get a soluțiilor poliionice respective, încălzite la temperatura de 39-40°C. Obținând rezultatul densității relative a plasmei bolnavului, se fac corecțiile respective și se calculează mai precis volumul necesar de soluții poliionice pentru rehidratare. În determinarea volumului necesar de soluții poliionice pentru rehidratare se mai poate utiliza formula lui Filips: $V = 4 \times 10^3 \times (D-1025) \times P$, unde V – volumul necesar de soluții poliionice în litri, D – densitatea relativă a plasmei bolnavului dat; 1025 – densitatea relativă a plasmei în normă; P – greutatea bolnavului examinat în kg; 4×10^3 – coeficientul formulei.

Una dintre cele mai simple căi de determinare a densității relative a plasmei sanguine este metoda cu ajutorul sulfatului de cupru, care poate fi utilizată în orice instituție medicală. Pentru aceasta o picătură de plasmă se picură într-o serie de soluții standarde de sulfat de cupru cu densitatea de la 1016 până la 1036, iar o picătură de sânge – în soluții cu densitatea de la 1036

până la 1076. Picătura trebuie turnată de la înălțimea de 1 cm de la suprafața soluției. Dacă picătura de plasmă sau sânge imediat se ridică la suprafață, atunci densitatea ei e mai mică decât densitatea soluției: dacă se scufundă – e mai mare, iar dacă rămâne în suspensie timp de 3–4 secunde, densitatea picăturii este egală cu cea a soluției de cupru.

Rehidratarea poate fi efectuată, determinându-se gradul de deshidratare, conform simptomelor clinice, ale densității plasmei, ale indicelui hematocritului, PH – sangvin și ale deficienței baze.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator *Metodele specifice de diagnostic. Examenul bacteriologic.* Ca material pentru analiza de laborator pot servi: materiile fecale, masele vomitive, sucii duodenali, obiectele contaminate cu produse patologice (lenjeria de corp, de pat, vesela etc), materialul de la cadavru (3 segmente din partea de sus, mijloc și jos a intestinului subțire cu lungimea de 10 cm cu conținut cu tot între ligaturi și vezica biliară, de asemenea, cu tot cu conținut). Însămânțarea materialelor la vibrii holerici se va efectua până la începerea tratamentului etiologic, deoarece la administrarea lui după 1–2 ore, numărul vibriilor în materiile fecale scade considerabil. La examenul convalescenților ori al purtătorilor de vibrii, în prealabil, se administrează 25–30 g de sulfat de magneziu pentru a căpăta materii fecale lichide din părțile superioare ale intestinului. Examenul bacteriologic are drept scop evidențierea tulpinilor pure de vibrii holerici, fiind identificați în baza datelor morfologice, biologice, proprietăților enzimatică, fagolizabilitate și a structurii antigenice. Rezultatele pozitive vor fi obținute după 24–36 ore de la însămânțare, cele negative – după 24–48–72 ore. Diagnosticul clinic al holeriei prin metode bacteriologice poate fi confirmat în 60–90% din cazuri, în funcție de gravitatea bolii.

Metodele rapide de diagnostic. În acest scop se aplică metodele de imunofluorescență și expres de microaglutinare

serologică a vibriunilor holerici prin examinarea în câmp întunecat, în contrast de fază, metoda de imobilizare și microaglutinare a vibriunilor cu ser aglutinabil specific „O” și bacteriofagii specifici (Clasic și El tor).

Metoda de imunofluorescență (serologică) oferă posibilitatea de a evidenția vibriunul, dacă el e prezent în materialul examinat în cantitate de nu mai puțin de 10^6 – 10^4 celule microbiene în 1 ml (sub microscopul luminiscent). În cazurile pozitive complexul corpuscul bacterian - antigen + anticorp emite o culoare galben-verzuie. Rezultatele se eliberează peste 1–2 ore de la începutul examinării.

Reacția de aglutinare pe lamă cu ser specific „O” – holeric în titrul $\geq 1:100$ și serul Ogava și Inaba - în titrul $\geq 1:60$. Câte o picătură din aceste diluții vor fi transferate pe o lamă, unde se va adăuga o picătură de emulsie de vibriuni, se amestecă, se acoperă cu o lamelă și se examinează sub microscop de contrast de fază. Se va examina în timp de la câteva secunde până la 5 minute. În preparatul de control (o picătură de apă peptonată + tulpina de vibriuni) se observă o mișcare foarte activă a vibriunilor.

În preparatele experimentale se determină aglutinarea (formarea floanelor) și imobilizarea vibriunilor.

Metoda de imobilizare și microaglutinare a vibriunilor sub influența serului antiholeric „O” oferă posibilitatea de a evidenția agentul patogen în timp de câteva minute în concentrație de $4,3 \times 10$ celule microbiene în 1 ml. Pe o lamă vor fi turnate 2 picături din materiile fecale, storsură din tamponul rectal ori o picătură din stratul superior al $\frac{1}{2}$ din apa peptonată reînsămânțată. Prima picătură va fi acoperită cu o lamelă (de control), în a 2 – se adaugă o picătură de ser „O” în diluția 1:100, se amestecă și se acoperă cu o lamelă. Picătura între lamă și lamelă va fi examinată sub microscop cu câmp întunecat ori în contrast de fază. Dacă în materialul examinat vor fi prezenți vibriuni, atunci în prima picătură se va observa o mobilitate activă a vibriunilor, iar în a doua – mobilitatea lor va înceta peste 2–3 minute.

Metode serologice. Aceste metode se vor utiliza în diagnosticul retrospectiv al holerei, în scopul de a depista în sângele convalescentului de holera aglutinine, hemaglutinine, anticorpi vibriocizi. În reacția de aglutinare (RA) serul va fi diluat cu apă peptonată în volum de 1 ml de la 1:10 până la 1:320, în care se va adăuga câte o picătură de antigen, ce prezintă o tulpină a vibriionului holerici aflat timp de 3 ore în termostat. Titrul minim de diagnostic al RA este de 1:40 și mai mare ori în creștere la cercetarea serurilor perechi. Pentru a determina titrul anticorpilor vibriocizi, serul în diverse diluții va fi incubat cu o suspensie de vibrioni 10^3 (o ansă de tulpini pe geloză alcalinată). Titrul vibriocidic al serului va fi cea mai mare diluție, care conduce la dispariția a 50% din celulele vibriionului holerici. La bolnavi, în a 3-4-a săptămână de boală, titrul anticorpilor vibriocizi constituie $10^4 - 10^6$. Examinarea reacției în seruri pare va determina o creștere a titrului de anticorpi vibriocizi.

Metodele clinice generale și biochimice în diagnosticul holerei. Deoarece la bolnavii de holera are loc deshidratarea (pierd lichid de la 1-2 l până la 10-20 l), care, la rândul său, conduce la o hemoconcentrație a sângelui, se determină o eritrocitoză, uneori până la $7,5-8 \times 10^{12}$ l și o leucocitoză (până la 20×10^9) cu neutrofilie. În perioada de stare a maladiiei se determină o trombocitopenie ($140-150 \times 10^9$ l); VSH poate fi mărită sau normală. În raport cu gradul de deshidratare se modifică și componența hidroelectrolitică a sângelui. Se observă o hipopotasiemie (norma 95-103 mmol/l), se dezvoltă o acidoză metabolică (norma PH - 7,38), se mărește indicile hematocritului (norma 40-50%), densitatea specifică a plasmei (norma 1023-1025 g/cm³), viscozitatea sângelui (norma 4-6 un).

În perioada de stare a maladiiei se micșorează evident cantitatea de urină eliminată, iar în cazurile foarte grave nu se elimină deloc. În ea se conține o mare cantitate de proteină, indicand, elemente sanguine (leucocite, eritrocite), cilindri hialinici și granuloși.

De menționat că numai în baza semnelor clinice (exclusiv forma algidică), precizarea diagnosticului de holeră rămâne dificilă. Metoda bacteriologică de diagnostic are o importanță decisivă. Metodele rapide de diagnostic sunt orientative și necesită confirmare prin decelarea tulpinii pure de vibrioni. Metodele serologice sunt suplimentare și în diagnostic mai puțin importante, fiind însă mai mult aplicate cu un anumit randament în diagnosticul retrospectiv al holerei.

Colectarea materialului de la bolnavi pentru confirmarea diagnosticului de holeră. Materialul colectat de la bolnavul holeric imediat se însămânțează în 10 ml de apă peptonată de 1% cu un indice al PH puțin alcalin, care contribuie la păstrarea vibriunilor și mărește posibilitatea de a obține tulpina pură a acestor germeni. Cantitatea materialului expedit în laborator depinde de particularitățile clinice ale maladiei : în forma gravă e destul să fie luate 0,1–0,5 ml excremente pentru a le însămânța în 50 ml de apă peptonată; în cea ușoară – 1–2 ml. Masele vomitive se colectează în cantitate de 15–20 ml. Imediat se include soluția de bicarbonat de sodiu până la obținerea unui PH $\geq 7,0$ (alcalin – 7,2–7,6). Materiile fecale se iau cu ajutorul unei anse de metal sterilă din oala de noapte, de asemenea, sterilă și se transferă într-un flaconaș sau un borcănaș steril de sticlă, care conține apă peptonată de 1%. Ulterior borcănașul se închide cu un capac de sticlă sau metal, fiind apoi înfășurat cu două straturi de hârtie – pergament sau un alt material impermeabil. Pe borcănaș se încheie o etichetă cu numele și prenumele bolnavului, se indică locul și timpul colectării materialului, diagnosticul preventiv al bolnavului. Dacă materialele colectate trebuie transportate într-un laborator îndepărtat, atunci borcănașul cu conținutul lui se împachetează strâns într-un vas de metal (container, penal sau bixă) și se sigilează. Pe capacul vasului se scrie : “Partea de sus. Atenție!”. În așa mod penalul se expediază de un curier special într-un transport special. La vasul de metal neapărat se anexează o foaie însoțitoare cu enumerarea materialelor colectate, indicarea

diagnosticului preventiv, timpul și locul colectării materialelor, numele și prenumele persoanei medicale care a colectat materialele menționate. Expedierea materialului în laborator se execută nu mai târziu de 3 ore din momentul colectării.

4. Criteriile de externare a convalescenților după holeră.

Convalescenții, care au suportat holeră, sunt externati din spitalul holeric după însănătoșirea clinică definitivă, finisarea tratamentului și obținerea a 3 analize bacteriologice la vibriionul holeric negative. Ultimele se efectuează 3 zile la rând, dar numai după 24–36 ore de la finisarea tratamentului. Se examinează triplu materiile fecale, iar la persoanele din contingentul decretat, suplimentar se mai investighează bacteriologic bila (porțiunile A, B și C) o singură dată cu rezultate negative.

Extrasul din foaia de observație cu diagnosticul clinic definitiv desfășurat, cu indicarea mai detaliată a caracterului decurgerii maladiei, tratamentului și rezultatelor examenului de laborator, se expediază pe adresa șefului Centrului medicilor de familie la locul de trai al convalescentului.

Recomandările necesare la externare. Se recomandă o alimentare obișnuită prin includerea produselor bogate în caliu (prune uscate, suc de roșii, din alte legume și fructe), mai ales acelor bolnavi care au suportat forme grave și foarte grave de holeră. Reîncadrarea rațională în muncă a convalescenților după formele grave și foarte grave de holeră se realizează concomitent cu eliberarea de la munca fizică grea, deplasări, practicarea sportului timp de 2–3 luni de zile.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. După externarea din spitalul holeric a convalescenților, care au suportat maladia dată sau au fost purtători de vibrioni, aceștia sunt admiși la lucru, studii imediat (indiferent de profesia pe care o exercită).

Dispensarizarea. Convalescenții de holeră și purtătorii de vibrioni după tratament și externare se află la evidența dispensarică la medicul din CBI sau la medicul de familie de la locul de trai al foștilor pacienți, timp de 3 luni de zile. În timpul

dispensarizării se va acorda o deosebită atenție procesului de reabilitare a diferitelor funcții ale organismului și de examinare bacteriologică a convalescenților. În prima lună de supraveghere se va efectua controlul clinic și însămânțarea materiilor fecale o dată în 10 zile, iar la sfârșitul lunii la contingentul decretat – suplimentar și însămânțarea bilei (o singură dată). În ultimele 2 luni, analiza bacteriologică a materiilor fecale se va efectua o dată în lună.

Depistându-se, purtătorii de vibrioni printre convalescenții de holeră, ei vor fi internați și tratați din nou în spitalul holeric, apoi dispensarizați conform indicațiilor menționate mai sus. Dacă în Centrul medicilor de familie lipsește cabinetul de boli infecțioase, supravegherea dispensarică se execută de medicul de la oficiul de familie. Scoaterea de la evidență se efectuează de comisia medicală în componența medicului-șef al Centrului medicilor de familie, medicului infecționist sau a medicului din oficiul de familie și a epidemiologului.

Gripa și alte infecții respiratorii virale acute

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu forme semigrave, grave, foarte grave și cu complicații în gripă și alte infecții ale căilor respiratorii superioare. În caz de epidemie pentru spitalizarea bolnavilor cu formele enumerate se deschid secții speciale. Bolnavii cu forme ușoare și necomplicate de gripă se izolează și se tratează la domiciliu.

2. Deprinderi practice clinice. *Inspectarea orofaringelui.* La bolnavii de gripă istmul faringian este hiperemiat, cianotic. Hiperemia poartă un caracter difuz, fiind mai evidențiată în regiunea amigdalelor, a pilierilor palatini și a peretelui posterior al faringelui. La o parte din bolnavi se depistează granule mărunte pe palatinul moale, mai rar pe uvulă și pe pilieri (semnul lui Morozkin). În a 3-4-a zi, hiperemia descrește și rămâne numai

injecția vaselor sangvine. Pe acest fundal este destul de vizibilă erupția granuloasă a palatinului moale și deseori se observă hemoragii punctiforme.

Determinarea stării mucoasei nasale. În prima zi a gripei, mucoasa este uscățivă, hiperemiată și, totodată, edemațiată. Cornețele nasale inflamate îngreuiază respirația pe nas. În a 2-3-a zi de boală pot apărea eliminări neabundente, seroase, apoi mucilaginoase din nas (rinoreea). În caz de asociere a florei bacteriene, eliminările capătă un caracter mucilagino-purulent. În alte boli virale ale tractului respirator (paragripă, infecțiile adenovirale, reovirale, rinovirale și sincițiale) rinoreea începe din prima zi a bolii, este mai abundentă, îndeosebi în infecția rinovirală. Examinarea cavității nasale se efectuează la lumina suficientă a zilei ori la iluminarea artificială puternică. Bolnavul apleacă puțin capul în jos, fapt ce-i permite cercetarea părților anterioare de jos ale nasului, septului nazal, calea și cornetul nasal inferior. Pe urmă, bolnavul dă capul puțin pe spate, făcând posibilă inspecția cornetului și căii mediane nasale, de asemenea, și a părții anterioare a septului nasal.

Depistarea scleritei, conjunctivitei la bolnavii de gripă și alte maladii virale acute ale căilor respiratorii. Pentru gripă în primele zile de boală este caracteristică o injecție a vaselor sclerale. La examinarea bolnavului, vasele dilatate se observă prin straturile superficiale ale sclerei. Pentru infecția adenovirală, în afară de sclerită, este caracteristică și conjunctivita. La început, procesul inflamator are caracter unilateral, ulterior devine bilateral. Dacă se trag puțin pleoapele de jos și de sus, se observă hiperemia conjunctivei, a plicelor conjunctivale și a ochilor. Conjunctiva se tumefiază și devine turbure. Pe conjunctiva globului ocular se dezvoltă injecția conjunctivală superficială, care este mai exprimată pe bolta oculară, treptat micșorându-se în direcția corneei. La început, eliminările oculare poartă un caracter mucilaginos, apoi mucilagino-purulent. Injecția vaselor sclerale

și conjunctivale în alte infecții respiratorii virale acute se întâlnește mai rar.

Metoda colectării materialului pentru examinarea imuno-fluorescentă. Pentru diagnosticul expres al gripei și altor infecții virale respiratorii acute, în primele zile de boală se colectează frotiuri-amprente de pe mucoasa cavității nasale inferioare și de pe septul nasal. Frotiurile-amprente se efectuează pe plăci speciale de sticlă sau plexiglas. Plăcile trebuie să fie cu marginile rotunde și bine șlefuite, să aibă lungimea de 70–80 mm, lățimea de 5–6 mm, grosimea 2–2,5 mm. După prelucrarea plăcii cu eter, ea se introduce în nas la o adâncime de 2–3 cm, ușor atingând-o de septul nasal, ca rezultat obținem amprenta membranei. Placa se scoate din nas atent pe lângă septul nazal astfel, ca să nu se șteargă amprenta, după ce se usucă, se prelucrează cu seruri, care conțin anticorpi specifici, marcați cu fluorocromă. Interacțiunea anticorpilor marcați cu anticorpi omologi este însoțită de o luminiscentă specifică a complexelor care se depistează sub microscopul luminiscent.

Metoda imuno fluorescență are o specificitate înaltă cu ajutorul serurilor polivalente către virusurile gripale, paragripale și adenovirusuri, făcând posibil diagnosticul și diferențierea acestor boli. Antigenul specific al virusului gripal poate fi observat în nucleul și protoplasma celulelor infectate sub formă de conglomerate strălucitoare, luminiscente de diferite mărimi și forme. La infecția paragripală antigenul specific se observă în citoplasma celulelor epiteliale, iar la adenoviroze – cea mai intensivă luminiscentă se determină în nucleele celulare.

Tehnica colectării materialului pentru examinarea virusologică. Spălăturile din nasofaringe se iau în primele zile de boală, când virusul se multiplică intensiv în celulele epiteliale ale căilor respiratorii. Bolnavului i se propune să-și clătească gâtul de 3 ori cu soluție fiziologică sterilă (10–15 ml), care apoi se colectează într-un vas steril. Materialul necesar poate fi acumulat, de asemenea, cu ajutorul unui tampon de vată steril, cu care se

colectează materialul de pe peretele posterior al faringelui, iar mai apoi se introduce într-o eprubetă cu soluție Henks, ce conține 5% ser de bovină și amestec de antibiotice (streptomycină și penicilină). În aceeași eprubetă se introduce și tamponul de vată cu care s-a colectat materialul de pe mucoasa căilor nasale inferioare, ulterior expediindu-se în laboratorul virusologic. Cu materialul colectat de la bolnavii de gripă se infectează lichidul alantoic al embrionilor de găină, iar de la pacienții cu paragripă și infecție rinovirală – cultura celulelor renale ale maimuțelor, embrionului uman ori de cobai. Pentru izolarea adenovirusurilor și a virusului respirator-sincizial se folosește cultura celulelor Hela sau lichidul amniotic de bovină.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Diagnosticul specific* de laborator al gripei și altor IRVA include reacțiile de imunofluorescență (metode expres), izolarea virusului și examenul serologic. Pentru investigații se folosesc spălăturile nasofaringiene, secreții nasale, care se recoltează cu tamponane uscate sau umede. Totodată, virusul poate fi izolat din sânge, lichidul cefalorahidian și din materialul de la cadavru (fragmente din țesuturi afectate ale căilor respiratorii, creier etc).

Expres-diagnosticul virusoscopic al gripei realizat prin RIF directă și indirectă permite timp de 2–3 ore a stabili diagnosticul și a realiza diferențierea gripei A și B, paragripei, adenovirozelor, infecției RS etc.

Metoda virusologică se utilizează în scop de a izola și a identifica virusul. După incubare, timp de 3–4 zile, virusul gripal se depistează cu ajutorul RHA în lichidul amniotic al embrionului de găină, iar în culturile tisulare – prin RN ads.

Identificarea virusului se efectuează cu ajutorul RIHA, RN și RIE cu aplicarea serurilor imune specifice. Metoda virusologică poate fi utilizată atât pentru investigarea unor cazuri aparte, cât și pentru precizarea etiologiei unei epidemii.

Metoda serologică este una din cele principale în diagnosticul etiologic al gripei și altor IRVA. În acest scop sunt

utilizate RFC, RHAİ, RN. Se recoltează sângele din venă (seruri perechi) la începutul maladiei (în a 3-7-a zi) și în perioada de convalescență (a 10-17-a zi). O creștere în seruri perechi de 4 ori a titrului este semnificativă pentru diagnosticul gripei ori IRVA.

Metoda imunoenzimatică este sensibilă și specifică, rezultatul obținându-se în 3-5 ore. Din metodele utilizate în diagnosticul gripei și al IRVA o importanță practică prezintă pentru diagnosticul precoce RIE, iar pentru diagnosticul retrospectiv - RFC, RHAİ și - metoda imunoenzimatică.

Metode de laborator clinice. Tabloul sangvin în gripă se caracterizează în prima zi prin leucocitoză moderată, iar din a 2-3-a zi de boală - prin leucopenie cu limfocitoză, neutropenie și hipo - sau aneozinofilie. VSH este normală. În caz de complicații bacteriene, se determină o leucocitoză, neutrofilie cu devierea formulei leucocitare în stânga; creșterea VSH.

4. Criterii de externare și dispensarizare a convalescenților după gripă și alte infecții respiratorii. *Regulile de externare.* Bolnavii de gripă trebuie să respecte un regim de pat nu mai puțin de 3 zile. Criteriu clinic de însănătoșire se consideră normalizarea temperaturii pe o durată nu mai mică de 3 zile și lipsa dereglărilor în sistemele nervos, cardiovascular și respirator.

Recomandări la externare. Dacă la locul de muncă sunt factori nocivi (curent de aer, suprarăcire, acțiunea substanțelor toxice), convalescenților după gripă ori viroză respiratorie li se recomandă de comisia centrală medicală (CCM) ameliorarea condițiilor de muncă.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În cazul formelor ușoare de gripă, se acordă nu mai puțin de 6 zile libere, în cele semigrave - 8; în grave - 10 zile. Bolnavilor cu alte viroze respiratorii li se eliberează buletinul de boală pentru 6-8 zile.

Supravegherea de dispensar se efectuează de infecționistul din CBI sau de medicul de familie în cazul când maladia a evoluat cu complicații și durează o perioadă de 3-6 luni. În caz

de complicații cronice, supravegherea o efectuează medicul specialist, conform profilului complicațiilor.

Infecția meningococică

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu forme generalizate de infecție meningococică. Bolnavii cu nasofaringită meningococică și purtătorii de meningococ pot fi tratați la domiciliu, dacă permit condițiile epidemiologice.

2. Deprinderi practice clinice. *Determinarea semnelor meningiene.* Rigiditatea mușchilor occipitali este determinată de creșterea pronunțată a tonusului acestor mușchi. La aplecarea capului bolnavului, bărbia nu reușește să se atingă de piept.

Semnul Kernig se manifestă prin imposibilitatea de a dezdoi în genunchi piciorul, preventiv îndoiat sub un unghi drept în articulația coxofemorală și a genunchiului.

Semnele Brudzinski: superior – constă în îndoirea picioarelor în articulațiile genunchilor și coxofemorale, la încercarea de a apleca capul bolnavului spre piept; *median* – (pubian) la apăsarea pe osul pubian, de asemenea, se îndoaie picioarele în articulațiile genunchilor și coxofemorale; *inferior* – la controlul simptomului Kernig dintr-o parte, celălalt picior se îndoaie spre burtă.

Depistarea elementelor eruptive în meningocemie. Erupțiile apar după 6–15 ore de la debutul bolii, mai rar – după 2 zile sau mai târziu. Elementele eruptive mai frecvent sunt hemoragice, mai rar – rozeolice ori papuloase. De obicei, ele au un caracter punctiform, însă pot fi peteșii majore, ce conduc la necroza pielii. Erupțiile, de cele mai dese ori, sunt amplasate în regiunea feselor și extremităților, mai ales a celor inferioare, rar – pe trunchi, foarte rar – pe față. Rozeolele și papulele dispar la apăsarea lor ori la extinderea pielii și ulterior apar din nou. Erupțiile hemoragice nu dispar la apăsare și deseori au un caracter steliform.

Tehnica puncției lombare. Puncția cefalorahidiană se folosește în scop de diagnostic și tratament al meningitei în infecția meningococică (IM), precum și pentru tratarea diferitor meningite și meningoencefalite de altă etiologie. Puncția lombară se efectuează mai frecvent în poziția bolnavului – culcat pe o parte cu picioarele îndoite în articulațiile genunchilor și coxofemorale, având capul aplecat înainte. Pentru stabilirea locului puncției cu ajutorul unei anse sterile cu vată muiată în iod se trage o linie, ce unește cristele oaselor iliace, care intersectează coloana vertebrală la nivelul vertebrei lombare III și IV. De obicei, puncția se efectuează între vertebrele IV și V sau III și IV. Fricționând preventiv pielea cu iod, apoi cu spirt, se ia un ac pentru puncția lombară (lungimea aproximativ 9 cm cu mandren) și se penetrează direct de asupra vertebrei a III-a, IV-a lombare, introducându-l în plan strict sagital. Vârful acului trebuie să fie îndreptat în sus, iar corpul lui să alunece pe apofiza osoasă a vertebrei a IV-a. În momentul penetrării membranei meningiene dure se simte o rezistență caracteristică, iar apoi acul se deplasează în loc gol, uneori auzindu-se un zgomot, ce ne indică pătrunderea în cavitatea subarahnoidală. La introducerea corectă a acului, extragerea mandrenului este însoțită de scurgerea lichidului. El se colectează în 3 eprubete, câte 2–3 ml pentru examinarea bacteriologică, clinică, biochimică. Pentru examinarea bacteriologică lichidul se colectează într-o eprubetă sterilă. Pentru a evita distrugerea meningococilor, care sunt foarte sensibili la schimbările de temperatură, este necesar de a expedia urgent în laborator lichidul cefalorahidian, luându-se măsuri pentru menținerea temperaturii lui constante. După obținerea lichidului, acul se extrage rapid, iar locul puncției se unge cu iod și se înclee cu un șervețel de tifon steril. După puncție, care mai bine de efectuat pe nemâncate, bolnavul cel puțin 2 ore trebuie să stea culcat pe burtă, fără pernă și timp de 24 ore să respecte regimul de pat. Până la însămânțare, lichidul se poate păstra în termostat la o temperatură de strict 37°C. La transportarea

lichidului se folosește un termostat portativ sau alte modalități de încălzire. Lichidul transportat în laborator este mai întâi centrifugat, apoi se însămânțează sedimentul. Dacă lichidul este turbure, însămânțarea se efectuează fără prelucrarea preventivă. Însămânțarea se efectuează pe mediile sanguine. Din sediment se pregătește un frotiu, care se colorează după Gram.

Pentru examinările clinice și biochimice lichidul se colectează în 2 eprubete curate și se expediază în laboratorul respectiv. Noaptea, eprubetele menționate se păstrează în frigider.

Tehnica pregătirii frotiului din lichidul cefalorahidian. Pentru aceasta se plasează 1–2 picături de lichid pe o lamă, împrăștiindu-se uniform. Uscarea frotiului se efectuează la aer, iar pentru accelerarea acestui proces lama cu frotiul îndreptat în sus poate fi ținută în curentul de aer cald, de asupra flăcării lămpii cu spirt, neatingându-se frotiul de flacără. După uscarea deplină, frotiul se fixează. Pentru aceasta lama cu frotiul în sus se trece încet de 3–4 ori prin flacără. În acest caz, meningococii se distrug. Frotiul se fixează de lamă și nu se spală în timpul prelucrării lui de mai departe. Pe partea opusă a sticlutei se indică cifra și se conturează frotiul. Trebuie preparate 2 frotiuri din lichidul cefalorahidian – unul pentru colorare după Gram, al doilea – cu albastru de metilen.

Metoda colorării frotiului din lichidul cefalorahidian după Gram. Pe frotiul fixat se așterne o fâșie de sugativă uscată, îmbibată preventiv cu soluție de hențian violet. Apoi pe sugativă se picură 2–3 picături de apă. Vopsirea durează 2–3 minute, iar hârtia se înlătură și preparatul se spală cu apă. Ulterior, preparatul se prelucrează cu soluție Lugol timp de un minut. Pentru decolorare, preparatul se moaie în spirt timp de 30 sec., apoi iarăși se spală cu apă. Pentru vopsirea suplimentară pe frotiu se toarnă fuxinul Pfäifer (soluție hidrică) timp de un minut, apoi din nou se spală cu apă și se usucă cu ajutorul sugativei. Meningococii gramnegativi se colorează în roșu; în frotiu ei se

aranjează în perechi și mai frecvent în interiorul leucocitelor neutrofile.

Tehnica vopsirii frotiului din lichidul cefalorahidian cu albastru de metilen. Frotiul se acoperă complet cu câteva picături de albastru de metilen pentru 3–5 minute. Ulterior el se spală cu apă și se usucă cu sugativa. Meningococii se colorează în albastru.

Metoda colectării materialului pentru examinarea meningococilor din nasofaringe. Din nasofaringe, materialul se colectează cu ajutorul unei anse îndoită de marginea eprubetei sub unghi de 45°, la capătul căreia se află un tampon de vată steril. Materialul se colectează pe nemâncate sau nu mai devreme de 2 ore după clătirea gurii, a consumării lichidului ori luarea mesei. Procedura se efectuează sub controlul ochiului, folosindu-se spatula cu care se apasă pe rădăcina limbii pentru a evita atingerea tamponului de ea, de mucoasa orală și de dinți. Materialul se colectează atent din nasofaringe, mai bine la hotarul sectorului afectat și celui sănătos, unde numărul agenților este mai mare decât pe alte porțiuni. La transportarea în laborator, tamponul trebuie ferit de uscare și frig. În acest scop e mai bine să fie muiat într-o cantitate nu prea mare de bulion seric, în care se și expediază la laborator, fiind minuțios păzit de răcire. Însămânțarea se efectuează pe medii nutritive recomandate pentru cultivarea meningococilor din lichidul cefalorahidian.

Tehnica colectării materialului din elementele eruptive pentru examinările bacteriologice și bacterioscopice la meningococ. În diagnosticul meningococemiei un rol important îl joacă bacterioscopia și însămânțarea materialului (a sângelui) obținut dintr-un element eruptiv (cutanat) proaspăt. Înainte de colectarea materialului, pielea în regiunea elementului eruptiv se dezinfectează cu spirt. Ulterior la periferia elementului eruptiv cu bisturiul sau lanceta se scarifică pielea până la apariția lichidului seros. Pe picătura acestui lichid se aplică o lamă. Pentru prepararea frotiului și însămânțare, de asemenea, se colectează

materialul obținut în rezultatul scarificării locului cu elemente cutanate proaspete. Mai apoi se prepară frotiul pe lamă, se colorează după Gram (ori cu albastru de metilen) și se cercetează sub microscop. Însămânțarea se efectuează pe aceleași medii nutritive ca și pentru lichidul cefalorahidian.

Examinarea picăturii sanguine groase la meningococ. Tehnica preparării picăturii sanguine groase (vezi malarie). Colorarea se efectuează într-o soluție hidrică de albastru de metilen fără fixație.

Însămânțarea sângelui la meningococ. Sângele în cantitate de 5 ml se colectează din vena cubitală a bolnavului, care se află la pat și se însămânțează în 50 ml de bulion seric. Ultimul se păstrează în termostat la temperatura strict de 37°C, apoi după 24 ore se însămânțează în agar sanguin, seric sau pe mediile nutritive cu lichid ascitic. Rezultatul pozitiv poate fi obținut în laborator uneori peste 2-3 sau 5-7 zile.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Examenul bacteriologic.* Drept material pentru examenul bacteriologic în infecția meningococică, în funcție de forma clinică a bolii, poate fi folosit frotiul din mucozitatea sau secreția nasofaringelui, din lichidul cefalorahidian, sânge, lichidul tisular, elementul eruptiv, cel sinovial din articulații, din lichidul pleural, pericardial, dacă aceste organe sunt afectate. Toate materialele biologice trebuie transportate în laborator imediat după recoltare, în condiții care ar permite menținerea lor la temperaturi cuprinse între 36°C și 37°C, deoarece germenii se distrug ușor în afara acestor limite termice.

Examenul bacterioscopic. Pentru examenul bacterioscopic sunt utilizate aceleași materiale biologice, ca și în cazul investigației bacteriologice. În frotiurile colorate se depistează diplococi gramnegativi sub formă de boabe de cafea, amplasate față în față cu părțile concave, situate intra- și extracelular, ce are o importanță majoră în diagnosticul precoce. Rezultatele negative

ale examenului bacteriologic și bacterioscopic nu exclud meningococemia, dacă tabloul clinic este caracteristic.

Examinarea lichidului cefalorahidian. Lichidul cefalorahidian este cel mai caracteristic produs patologic al meningitei meningococice. La prima etapă de cercetare a lichidului cefalorahidian se determină presiunea lui, care în normă este de 70–200 mm a coloanei hidrice, eliminându-se din ac la puncția cefalorahidiană cu viteza de 40–60 picături pe minut. Indicii de bază ai lichidului cefalorahidian normal sunt: străveziu, incolor, numărul de leucocite în un mm^3 – 2–3 (toate limfocite), glucoza – 2,2–3,8 mmol/l, clorizii – 120–130 mmol/l, proteina – 0,1–0,33 g/l, reacțiile globulinice (Pandi, Nonne-Eppelt) – negative.

În meningita meningococică tensiunea LCR este crescută (300–500 mm col.hidrice), eliminându-se în picături frecvente sau chiar sub formă de șuviță. Uneori lichidul se poate elimina în picături rare, fapt condiționat de creșterea vâscozității lichidului cefalorahidian și de blocada parțială a căilor licvoriene.

În primele 1–2 zile de boală, lichidul poate fi încă străveziu, însă ulterior devine tulbure, datorită pleocitozei neutrofile, numărul leucocitelor mărindu-se până la 1000–10.000 în mm^3 și mai mult. În citogramă prevalează neutrofilele până la 95–100%. Gradul de pleocitoză, de obicei, corelează cu gravitatea maladiei, în formele grave înregistrându-se o pleocitoză pronunțată. Dar o pleocitoză mică poate avea loc atât într-o formă trenantă, cât și într-o formă extrem de gravă. Concentrația proteinelor crește de câteva ori (până la 0,66–10 g/l), iar reacțiile globulinice sunt pozitive. Concentrația chlorizilor și a glucozei scade. Foarte rar se întâlnesc forme de meningită meningococică, când lichidul cefalorahidian rămâne transparent sau puțin opalescent pe tot parcursul bolii (“forme cu lichid clar”), determinate de o pleocitoză moderată cu predominarea limfocitelor și creșterea nivelului de proteine în LCR. O astfel de evoluție a meningitei se întâmplă în cazuri tratate timpuriu și rațional.

Rezultatul preventiv al însămânțării LCR poate fi obținut peste 1-2 zile, iar cel definitiv - peste 3-4 sau 7-8 zile.

Metodele serologice de diagnostic. Se utilizează RHAI cu diagnosticumul eritrocitar din diverse serotipuri. Titrul semnificativ de diagnostic este 1:80 din a 7-9-a zi de boală. Are importanță creșterea titrului în dinamică.

Diagnosticul expres al infecției meningococice poate fi efectuat în reacția de precipitare în gel prin metoda de contraimmunoelectroforeză cu antiseruri precipitante de grup sau prin cea radioimunologică, bazată pe identificarea antigenului specific în LCR, sânge sau lichidul sinovial (în artrita meningococică). Diagnosticul pozitiv va fi confirmat în proporție de 85-90%, după 1-2 ore de la inițierea cercetării.

Metode clinice de laborator. În formele generalizate de IM, în sângele periferic se depistează o leucocitoză pronunțată cu neutrofilie și devierea formulei leucocitare în stânga până la mielocite. În formele grave cu intoxicație pronunțată se determină o granulație toxică a neutrofilelor. Este accelerată VSH (până la 40-60 mm/oră și mai mult). În formele septicemice se poate dezvolta o anemie hipocromă și o trombocitopenie.

Modificările din urogramă se caracterizează prin albuminurie și cilindruerie, uneori se depistează eritrocite. Gradul acestor modificări depinde de gravitatea maladiei.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după infecția meningococică. *Regulile de externare.* Externarea convalescenților după formele generalizate de infecție meningococică (meningită, meningococcemie, meningoencefalită etc.) și localizate se efectuează după însănătoșirea clinică, fără examenul bacteriologic la meningococ.

Recomandări la externare. Angajarea pe 3-6 luni la lucru, ce exclude munca fizică grea ori cea legată de vibrația corpului și încordarea psihică. Se recomandă abținerea de la practicarea exercițiilor sportive.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. La externarea convalescenților, care au suportat formele generalizate ale infecției meningococice, buletinul de vacanță de boală se prelungește pe 7-10 zile, în funcție de gravitatea maladiei. Începutul activității de muncă sau al studiilor se decide de neurologul din Centrul medicilor de familie în fiecare caz aparte, luându-se în considerare gravitatea maladiei suportate, complicațiile și sechelele. Convalescenții după formele localizate se încadrează în câmpul muncii imediat după externare. Convalescenții, care au suportat IM, vor fi admiși în colectivități (grădinițe, creșe, școli, sanatorii, instituții de învățământ superior, cazarme) după un examen bacteriologic negativ la meningococ, recoltat din rinofaringe peste 5 zile de la externarea din spital ori în caz de însănătoșire clinică după rinofaringita tratată la domiciliu.

Dispensarizarea se efectuează de neurolog la locul de trai. Convalescenții după formele generalizate se vor afla la evidență timp de 3 ani. În primul an vor fi examinați o dată la 3 luni, în anii al 2-lea și al 3-lea – o dată la 6 luni. Convalescenții, care au avut complicații de altă natură (miocardită, artrită etc.), vor fi consultați și de alți specialiști.

Difteria la adulți

1. Criteriile de internare. Pacienții cu diverse forme de difterie și cei suspecți că ar fi contaminați se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase.

2. Deprinderile practice clinice. Determinarea caracterului afecțiunii oro-faringelui. În perioada de ascensiuni epidemice difteria se înregistrează frecvent la adulți (45-55%) și evoluează, de regulă, în forme ușoare, inclusiv atipice, dar și în forme grave toxice, mai cu seamă la cei nevaccinați. Procesul patologic mai frecvent se localizează în faringe, mai rar – în laringe, nas, piele.

Afectarea faringelui. Amigdalele sunt tumefiate, hiperemiate, însoțite de formarea (în debut) unui exudat opalin, care se transformă rapid în false membrane de culoare albă-gălbuie, uneori surie, foarte consistente, încât nu se fărâmițează. Dacă sunt aruncate într-un pahar cu apă, de regulă, se scufundă; între două lame de sticlă nu se strivesc, dar se deplasează asemănător cu rezina. Falsele membrane se extind extrem de rapid (în câteva ore cuprind tot faringele, capitonând amigdalele, stâlpii amigdalieni și lueta), sunt greu de detașat, dar după detașare, locul sângerează, refăcându-se apoi rapid. La adulți, membranele tipice pot fi absente la $\frac{2}{3}$ din bolnavi. La o mare parte din bolnavi, maladia evoluează spre vindecare completă, fără seroterapie, aceștia tratându-se numai cu antibiotice.

Afectarea laringelui poate fi primară și secundară. În laringe, după tumefacția și congestia mucoasei epiglotei, glotei și coardelor vocale, apare un depozit membranos, cu caracter de falsă membrană, care strânge considerabil orificiul glotic. Dificultatea în respirație, ce rezultă, se traduce prin stridor (respirații zgomotoase și șuierătoare, depresiunea părților mai suprasternale, supraclaviculare, intercostale și epigastrice în momentul efortului inspirator), dispnee (cu anxietate), polipnee progresivă, întretăiată de accese paroxistice de sufocație, vocea se șterge treptat până la afonie.

Afectarea nasului. Difteria nasală poate fi primară și secundară. Procesul este adesea unilateral, cu un exudat seros, apoi serosangvinolent (chiar epistaxis), ulterior cu formarea crustelor hemoragice și a falselor membrane. Scurgerea serosangvinolentă continuă, conduce la erodarea narinei și a tegumentului învecinat.

Depistarea edemului cervical. În formele toxice falsele membrane sunt însoțite de un edem faringian intens, care se poate extinde, exterioriza și în regiunile submaxilară, cervicală anterioară. În formele toxice maligne edemul ajunge până la torace.

Palparea ganglionilor limfatici măriți. Ganglionii limfatici regionali (cervicali anteriori, submandibulari) se măresc considerabil, sunt sensibili la presiune, duri, nu aderă între ei și cu țesuturile adiacente.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Tehnica colectării materialului pentru examenul bacteriologic.* Materialul se colectează de pe mucoasa faringelui (amigdalelor), nasului, ochilor, mai rar a laringelui, cu un tampon steril. Se prelevă trei tampoane din detașarea unei porțiuni din falsă membrană (amigdaliană, conjunctivală, vulvară sau a unei plăgi) și un tampon nasofaringian pe cale nasală. Cu primul tampon prelevat din leziune se efectuează extemporaneu 2 frotiuri, care, după fixare, sunt expediate la laborator împreună cu celelalte tampoane. Dacă examinarea întârzie mai mult de 2 ore, se vor imersa tampoanele într-un mediu de transport: geloză semilichidă de 0,1% cu 10% de ser sanguin și telurit de potasiu sau OCST (ou-cistină-ser-telurit de potasiu), care pot funcționa și ca medii de îmbogățire. Al doilea tampon se epuizează pe o placă cu mediu selectiv diferențial – Tinsdale sau Bucin, cu incubarea la 37°C timp de 24–48 ore. Al treilea tampon prelevat din leziune, ca și tamponul nasofaringian, sunt imersate și incubate în mediul OCST pentru îmbogățire peste noapte la 37°C. A doua zi se epuizează prelevatul îmbogățit pe mediu selectiv de izolare Loeffler.

Colectarea sângelui pentru examenul serologic. Se recoltează 3–5 ml sânge din vena cubitală (în debutul maladiei și peste 7 zile) pentru RHA1 cu diagnosticumul eritrocitar anatoxic, care evidențiază antitoxine specifice.

Metoda administrării serului antidifteric. Serul antidifteric se administrează după testarea alergiei la serul de cal prin metoda desensibilizării fracționate (vezi tetanosul), dozele la o cură de tratament variind între 10.000 UI și 450.000 UI, în funcție de forma de gravitate a maladiei.

Metode specifice de diagnostic. Metoda bacteriologică are o importanță primordială în diagnosticul difteriei. Rezultatele prealabile vor fi obținute după 6 ore, cu certitudine - după 24-48-72 ore.

Metoda rapidă de diagnostic. Se va utiliza metoda imuno-fluorescentă directă și indirectă (vezi gripa), însă pentru confirmarea difteriei e necesară depistarea germeului după însămânțare.

Examenul serologic. Se va utiliza reacția de hemaglutinare indirectă, seruri perechi pentru evidențierea creșterii titrului de antitoxine specifice.

Metode clinice generale de investigație. Modificările hematologice. În sânge se constată leucocitoză (peste 10.000 mmc) cu neutrofilie și o intensă deviere spre stânga, apărând chiar și mielocite. VSH este accelerată. În urină se constată albuminurie și cilindurie.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după difterie. *Regulile de externare.* Criteriile de vindecare sunt: a) dispariția completă a semnelor de boală, normalizarea temperaturii și absența complicațiilor din partea sistemului nervos și cardiovascular. Deoarece difteria nu imunizează obligatoriu, convalescenților la externare li se administrează anatoxină difterică (AD) 0,5 ml intramuscular; b) prezența unui rezultat negativ al examenului bacteriologic la *Corynebacterium diphtheriae* de pe mucoasa nasofaringelui, efectuat după finisarea tratamentului cu antibiotice.

Recomandări la externare. Convalescenții după formele grave și cu complicații sunt scutiți de lucrul fizic greu până la o lună de zile.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În lipsa complicațiilor, durata minimă de pierdere temporară a capacității de muncă este de la 5-6 zile până la o lună.

Dispensarizarea. Supravegherea de dispensar se efectuează de medicul infecționist ori cel de familie pe o durată de o lună de

zile. În caz de necesitate, pacientul va fi consultat de neurolog, cardiolog, ORL și după 2 și 4 săptămâni se va face analiza generală a sângelui, ECG, iar înainte de a fi scos de la evidență, se va efectua și însămânțarea materialului recoltat de pe amigdale la *Corynebacterium diphtheriae*.

Anginele

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase pacienții cu forme grave și semigrave de angină. Bolnavii cu forme ușoare și necomplicate de angină pot fi tratați la domiciliu, dacă permit condițiile epidemiologice.

2. Deprinderile practice clinice. *Determinarea caracterului modificărilor patologice din orofaringe.* Modificările histopatologice decurg în funcție de etiologia anginelor. În anginele virale inflamația locală se manifestă prin hiperemie și edem al mucoasei faringiene și amigdaliene cu exudat local. În adenoviroze și mononucleoză infecțioasă – cu hiperplazie limfatică; în herpes și enteroviroze – modificările sunt determinate de virusurile Coxackie, ce produc vezicule și ulcerări pe suprafața mucoasei. În anginele bacteriene modificările morfologice se manifestă prin tumefacție și hiperemie a amigdalelor cu depozite albicioase de puroi, cu dispunere foliculară sau criptică, localizate pe faringele posterior și amigdale, iar lueta este edemațiată, mai rar cu false membrane ca în difterie, dar sunt mai limitate, neaderente, friabile și foarte rar cu modificări ulceronecrotice, cu distrugerii tisulare acoperite de false membrane și ulcerării penetrante, cu halena fetidă. În anginele produse de bacterii anaerobe modificările sunt gangrenoase.

Palparea ganglionilor limfatici măriți. Ganglionii limfatici regionali (cervicali anteriori) se măresc considerabil, sunt doli la presiune, uneori au periazenite supurate.

Tehnica colectării materialului pentru examenul bacteriologic (vezi difteria). Se însămânțează pe agar-sânge, se incubează 48 ore, în aerobioză sau anaerobioză.

Tehnica colectării sângelui pentru examenul serologic. Din vena cubitală se recoltează 3–5 ml de sânge în primele zile ale maladiei și după 5–7 zile, pentru a evidenția creșterea titrurilor de anticorpi specifici anti-hialuronidază, anti-ADN-aza, anti-streptolizina O (ASLO).

Colectarea urinei (vezi leptospiroza).

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Metode specifice de diagnostic.* Metoda bacteriologică. Rezultatele vor fi obținute după 48 ore.

Metode rapide de diagnostic. Metoda bacterioscopică și imunofluorescență permit orientarea rapidă și diferențierea agentului etiologic.

Examenul serologic se bazează pe creșterea de 4 ori a titrurilor de anticorpi specifici anti-hialuronidază, anti-ADN-aza, anti-streptolizina O (ASLO).

Metode clinice generale de diagnostic. În anginele virale în sângele periferic se determină leucopenie, neutropenie, limfocitoză; VSH normală. În anginele bacteriene se constată leucocitoză, neutrofilie, limfopenie; accelerarea VSH; modificări în sedimentul urinar.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după angine. *Regulile de externare.* Criteriile de vindecare sunt dispariția simptomelor clinice, normalizarea temperaturii, a indicilor analizei generale a sângelui și a urinei.

Recomandări la externare. Convalescenții după formele grave de angină sunt scutiți pe 5–7 zile de lucrul fizic greu prin hotărârea CCM.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În absența complicațiilor și malădiilor asociate, durata minimă de pierdere temporară a capacității de muncă în angina catarală este de 5–6 zile, în cea foliculară și lacunară – de 6–8 zile, în cea

fibrinoasă – de 8–10 zile, în flegmonoasă – de 10–12 zile, în necrotică – până la 3 săptămâni.

Dispensarizarea se face la medicul de familie timp de o lună de zile. În a 4-a săptămână se va face un examen medical și investigații de laborator (analiza generală a sângelui și a urinei, la necesitate – ECG). La apariția modificărilor din partea aparatului cardiovascular și urinar, va fi consultat de medicul-nefrolog și reumatolog. În absența simptomatologiei clinice și a modificărilor paraclinice, bolnavul va fi scos de la evidență.

Mononucleoza infecțioasă

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase pacienții cu forme grave, semigrave și complicate de mononucleoză, de asemenea, și bolnavii cu semne de afectare a ficatului. Pacienții cu forme ușoare de mononucleoză pot fi tratați la domiciliu, dacă permit condițiile epidemiologice.

2. Deprinderi practice clinice. *Starea orofaringelui.* Se depistează edemul și hiperemia amigdalelor, pilierilor palatini și a peretelui posterior al faringelui. Din a 3–4-a zi de boală, pe amigdale pot apare depuneri purulente, iar din a 2-a săptămână – pelicule fibrinoase ori necrotice. Angina în mononucleoza infecțioasă poate fi foliculară, lacunară, ulcero-necrotică, iar uneori să se asemene cu cea difterică.

Depistarea ganglionilor limfatici hipertrofiați. Pentru mononucleoza infecțioasă este caracteristică hipertrofia ganglionilor limfatici cervicali posteriori. Ganglionii limfatici hipertrofiați din regiunea cervicală pot fi depistați în timpul examinării, mai ales, când bolnavul întoarce capul în partea opusă. La palpate, pe marginea posterioară a mușchiului sterno-cleido-mastoidian, ganglionii limfatici se pot aranja în formă de lanț sau pachete (ghirlandă) cu diametrul 0,5–2 cm, nefiind uniți între ei, neaderând la piele și fiind de o consistență semidură. În cadrul limfadenitei generalizate, care uneori se dezvoltă în

mononucleoza infecțioasă, se poate depista hipertrofia și a altor grupuri de ganglioni limfatici (tonzilari, submaxilari, subclaviculari, axilari, cubitali, inghinali).

Palparea ficatului și a splinei majorate (vezi HV). În mononucleoza infecțioasă uneori se depistează un icter nepronunțat (vezi HV). Mai frecvent simptomatologia menționată este secundată de o febră ridicată. Ea poate dura câteva săptămâni sau chiar luni, având un caracter remitent sau neregulat.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Modificările în hemoleucogramă.* Principala modificare în sângele periferic caracteristică pentru mononucleoza infecțioasă este limfocitoza (limfomonocitoza) relativă și absolută cu depistarea limfocitelor atipice care alcătuiesc 70–80% din toată leucoformula. Limfocitele atipice reprezintă niște T-limfocite activate, au dimensiuni mai mari decât cele mature și frecvent conțin un nucleu fragmentat, plasat excentric și o citoplasmă bazofilă vacuolizată. Ele nu sunt un semn patognomonic pentru mononucleoza infecțioasă, fiind depistate și în infecția cu citomegalovirus, toxoplasmoza acută, HIV-infecție, infecția cu virusul Herpes Simplex, adenoviroze, varicelă, rujeolă, rubeolă, oreion etc. Pe parcursul primei săptămâni este caracteristică o leucopenie și neutropenie. Ulterior numărul de leucocite crește până la $10-20 \times 10^9 / l$ din contul limfocitelor, atingând nivelul maxim în săptămâna a 2–3-a de maladie. Numărul neutrofilelor crește treptat, atingând în peste 1–2 luni de boală cifrele normale. Circa la o jumătate din bolnavi se manifestă în debutul maladii o trombocitopenie și rar – o anemie.

Modificările probelor biochimice. În majoritatea cazurilor, este caracteristică o dereglare a funcției ficatului, manifestată printr-o creștere de 2–3 ori, contra normei, a activității aminotransferazelor și a fosfatazei alcaline, însoțite de valori normale sau puțin ridicate ale bilirubinei. O creștere maximă a nivelului bilirubinei se depistează în a 2-a săptămână de boală, cu o diminuare treptată pe parcursul a 3–4 săptămâni. Dereglările

funcțiilor hepatice sunt atât de caracteristice pentru mononucleoza infecțioasă, încât în lipsa lor trebuie să identificăm alte piste de diagnostic.

Metodele serologice. Pentru confirmarea diagnosticului se efectuează cercetările de depistare a anticorpilor heterofili, produși de B-limfocitele infectate cu EBV, ca o reacție nespecifică în această infecție. Anticorpicii heterofili reprezintă aglutinine din clasa IgM, care interacționează cu diferite grupuri de antigeni (antigeni heterofili), ce se pot întâlni la diferite animale (ovine, cabaline) și la om. Anticorpicii heterofili apar precoce și persistă câteva săptămâni (titrul maxim în săptămânile 2-3). Deși acești anticorpi heterofili nu sunt îndreptați direct împotriva proteinelor virale, ei sunt prezenți la peste 85% din serurile bolnavilor cu mononucleoză. Pentru depistarea lor se folosește testul Paul-Bunnell (determinarea anticorpilor heterofili față de eritrocitele de berbec), titrul de diagnostic fiind de 1:28. Acest test are o specificitate redusă, dând rezultate pozitive și în multe alte maladii, cum ar fi virozele respiratorii (în 35-40% din cazuri), hepatita virală A, febra tifoidă etc.

O valoare de diagnostic mult mai mare, însă tot nespecifică, o are testul Paul-Bunnell-Davidson. Serul bolnavilor este prelucrat preliminar cu extract din rinichi de cobai. O altă modificare a reacției cu anticorpi heterofili constă în prelucrarea serului cu hematii de cal (reacția Hoff-Bauer), care este, de asemenea, mai specifică decât reacția cu hematii de berbec și poate fi efectuată pe lama de sticlă, fiind o metodă de diagnostic expres. Rezultatele pozitive se înregistrează din primele zile de boală și până la a 3-4 săptămână de la debutul ei. Această reacție s-a dovedit, de asemenea, a fi nespecifică.

Recent a fost introdus în practica medicală testul screening rapid (testul Monospot), care detectează prezența în serul bolnavilor a anticorpilor heterofili, fiind adaptat după testul Paul-Bunnell-Davidson. Rezultatul pozitiv corelează cu titrul de 1:128 din această reacție.

Determinarea anticorpilor specifici față de virusul EB se efectuează prin metoda imunoenzimatică, prin reacția de hemaglutinare indirectă și reacția de imunofluorescență indirectă. Se pot pune în evidență următorii anticorpi:

- anticorpul IgG față de antigenul capsidic (IgG – VCA), nivelul maxim fiind în săptămânile 3–4 și persistând peste un an;
- anticorpul IgM față de antigenul capsidic (IgM – VCA), care indică o infecție acută;
- anticorpul față de antigenul nuclear (anti - EBV), care apar după 1–2 luni de la debutul bolii (evidență de infecție recentă).

4. Criterii de externare și dispensarizare a convalescenților după mononucleoza infecțioasă. Externarea convalescenților se efectuează după dispariția semnelor clinice ale maladiei și normalizarea sau diminuarea evidentă a indicilor de laborator. Buletinul de boală la externare se eliberează în funcție de gravitatea maladiei suportate și de gradul de dereglare a funcției ficatului.

Sunt recomandate evitarea surmenajului fizic și psihoemoțional în primele 1–3 luni după externare. În caz de afectare a ficatului, se recomandă masa nr.5 după Pevzner, respectarea regimului de muncă și odihnă, evitarea activităților în condiții nocive.

Dispensarizarea se efectuează de către medicul infecționist din CBI sau de medicul de familie. Convalescentul după mononucleoza infecțioasă este controlat clinic, biochimic făcându-i-se hemograma peste 10; 30 zile, ulterior o dată în lună, timp de 6 luni, uneori și mai îndelungat. După indicații, poate fi solicitată examinarea hematologului (modificări ale indicilor sângelui periferic cu o durată de peste 6 luni), neurologului (polineurite) și a altor specialiști.

Infecțiile enterovirale

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase pacienții cu forme semigrave, grave, cu complicații și forme meningiene. Bolnavii cu forme ușoare, fără meningită, pot fi tratați la domiciliu, dacă permit condițiile epidemiologice.

2. Deprinderi practice clinice. Unul din semnele clinice frecvente în diverse forme de infecție cu enterovirusurile ECHO și Coxackie este *exantemul*, care, în special, poate fi întâlnit într-o formă clinică delimitată. Erupțiile apar peste 1–2 zile după debutul bolii, pe față, trunchi, membrele superioare și inferioare, reprezentând elemente maculoase, polimorfe de culoare roz sau maculopapuloase. Erupțiile se mențin 3–4 zile și dispar fără urme. În alte cazuri, erupțiile au un caracter rujeoliform, macropapulos, cu dimensiunile de 10–20 mm, care confluează, formând zone eritematoase cu o localizare mai frecventă pe trunchi. Uneori maladia poate decurge cu semne de gastroenterită, enterocolită sau enterită.

Herpetangina reprezintă o altă formă clinică de infecție enterovirală, ce se caracterizează prin apariția pe peretele posterior al faringelui, amigdalelor și pilieriiilor palatini ai unor vezicule în număr de la 2–3 până la câteva zeci. La spargerea veziculelor se formează niște ulcerații superficiale, acoperite cu o peliculă fibrinoasă subțire. Astfel de vezicule apar pe buze, nas, pot avea și alte localizări.

Ganglionii limfatici submandibulari sunt moderat hipertrofiați și puțin doli.

Meningita enterovirală prezintă o patologie cu lichid clar, pentru care este caracteristică o curbă termică ondulată cu 2–3 unde la interval de 1–2 zile, sindrom hipertensiv pronunțat, pe când sindromul meningian rămâne incomplet și instabil (semnele meningiene – vezi infecția meningococică).

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Diagnosticul specific de laborator se bazează pe investigații virusologice

și serologice. Izolarea virusului se efectuează din materiile fecale, exudatul faringian, sânge și LCR (în caz de meningită). Acestea sunt recoltate în flacoane sterile și însămânțate pe culturi de celule. Depistarea virusului se determină după efectul citopatogetic, iar identificarea se efectuează prin reacții de neutralizare cu seruri specifice. Cel mai des sunt utilizate metodele serologice, în special, reacțiile de neutralizare cu seruri-pare, prelevate la un interval de 10–14 zile. Este aplicată, de asemenea, metoda ELISA, care permite depistarea anticorpilor din clasa IgM sau totali. Prezența IgM specifici confirmă infecția acută, provocată de un enterovirus. În aceste cazuri, sensibilitatea de identificare a serotipului implicat este mică, deoarece în 10–70% din cazurile cercetate apar răspunsuri heterotipice (creșterea paralelă pentru mai multe serotipuri). Tehnicile moderne de astăzi permit identificarea ARN viral prin metoda PCR în culturile celulare, în probele biologice de la bolnav sau chiar de la cadavru, în caz de deces. În meningita enterovirală lichidul cefalorahidian este incolor, transparent, se elimină sub tensiune. Pleocitoza limfocitară (200–500 celule pe mcl) este însoțită de o concentrație normală de proteine, glucoză și chlorizi.

4. Criteriile de externare și dispensarizare. Externarea bolnavilor ce au suportat o infecție enterovirală se efectuează după dispariția semnelor clinice, precedate de normalizarea sau ameliorarea esențială a indicilor de laborator, în funcție de forma clinică suportată.

Dispensarizarea convalescenților se efectuează de către medicul infecționist sau de familie, fiind antrenați în consultații, după necesitate, și alți specialiști (neurolog, cardiolog, ORL etc.).

Tifosul exantematic și boala Brill

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme clinice de tifos exantematic, boala Brill și suspecții la ele.

2. Deprinderi practice clinice. La examenul general se observă fața hiperemiată, edemațiată și o sclerită pronunțată “ochi de iepure”. Pe plica de trecere a sclerei în conjunctivă se determină niște peteșii roșietice (2–3 la număr) cu diametrul de 0,1–1,5 mm – simptomul Chiari-Avțân pozitiv. Pentru a le observa mai bine e necesar la tragerea pleoapei inferioare în jos de picurat în sacul conjunctival 1–2 picături de soluție 0,1% adrenalină, depistându-le în 95–97%. Se mai determină o euforie, dizartrie, eholalie și un mers clătinat, din care cauză pacientul seamănă mult cu o persoană în stare de ebrietate. Curba termică în tifosul exantematic primar durează 7–21 zile, în medie 12–14 zile, și are un caracter, de regulă, constant. În boala Brill curba termică durează 9–10 zile și nu depășește 39° C.

La examinarea minuțioasă a faringelui se observă pe mucoasa palatinului moale și a uvulei niște peteșii mici (2–3 la număr) de o culoare roșie-intensă, cu dimensiunile de 0,1–0,5 mm – simptomul pozitiv Rozenberg. La rugămintea medicului de a arăta limba, bolnavul o scoate din cavitatea bucală cu greu, mișcărilor limbii devin pulsative înainte și înapoi, parcă ar fi întâlnit un obstacol din partea dinților – simptomul pozitiv Govorov – Godelie sau simptomul țuc-trombon (instrument muzical). La examinarea limbii bolnavului se observă o abatere ușoară a ei de la linia mediană (deviația limbii).

Palparea ficatului și a splinei (vezi HV). Ficatul și splina sunt mărite în volum moderat, începând cu a 3–4 zi de boală. La palpare aceste organe uneori sunt puțin dureroase, având o consistență semidură.

Simptomele de provocare a erupțiilor: a) simptomul lui Koncealovski – peste 3–5 minute după aplicarea garoului pe braț

sau antebraț apar hemoragii mărunte pe piele mai jos de garou; b) simptomul pișcăturii – după o pișcătură ușoară a pielii executată între degetele 1 și 2 în regiunea claviculei sau după frecarea ei cu o gumă, apar elemente peteșiale; c) simptomul ventuzei (proba Nesterov) – metoda de stabilire a permeabilității sporite a capilarelor sangvine pe o suprafață mică a pielii prin calea de vacuum obținut cu ajutorul ventuzei și calcularea posterioară (după înlăturarea ventuzei) a dimensiunilor și a numărului hemoragiilor.

Determinarea erupțiilor. După examinarea minuțioasă a pielii bolnavului la lumina solară, se constată erupții multiple, cu caracter rozeolo-peteșial de mărimea 1–3 mm, cu margini zimțate, festonate, care nu confluează între ele. Erupțiile se ivesc, de obicei, la a 5-a zi a maladiei, mai frecvent pe părțile laterale ale cutiei toracice, au o intensitate diversă și lipsesc pe față, palme și tălpi. Erupțiile se mențin cât durează temperatura ridicată, dispărând peste 2–4 zile după normalizarea ei. În boala Brill, de regulă, se observă numai rozeole.

Proba cu ventuza prezintă o metodă de depistare a endoteliozei prin obținerea tensiunii scăzute pe o suprafață mică a pielii (sub claviculă) cu ajutorul ventuzei, însoțită de cercetarea posterioară a numărului monocitelor în sângele periferic colectat din acest sector. Proba se consideră pozitivă, dacă numărul monocitelor în sângele colectat de sub ventuză e de 1,5–2 ori mai mare decât numărul lor în sângele colectat din deget. În cazuri foarte grave se dezvoltă status tifozus, urmat de dereglarea conștiinței și apariția delirului infecțios.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Metodele serologice de diagnostic.* Metodele serologice specifice în tifosul exantematic și boala Brill sunt: RFC, RHAI și RAR cu rickettsii Prowazekki. Aceste reacții sunt de o sensibilitate înaltă nu numai în formele clinice tipice, ci și în cele atipice.

RFC este reacția de bază în confirmarea diagnosticului de tifos exantematic și boala Brill. Anticorpii fixatori de

complement apar din primele zile ale maladiei, însă titrul lor este mic. De regulă, anticorpul se acumulează în titre mari la a 10-14 zi de boală, apoi treptat se micșorează, dar reacția rămâne pozitivă timp de 3-6 luni, uneori și câțiva ani. Titrul incipient semnificativ de diagnostic al RFC este de 1:80; 1:160. Reacția este specifică, fiind totdeauna negativă în alte maladii infecțioase, exclusiv în tifosul exantematic Moozeri, când ea poate fi pozitivă în titre joase.

RHAI pozitivă indică o boală recentă, care nu depășește 3 luni de zile în raport cu RFC și nu poate fi utilizată în diagnosticul retrospectiv al tifosului exantematic și maladiei Brill. Esența *RHAI* constă în faptul că eritrocitele, pe suprafața cărora este adsorbit antigenul rickettsiilor, obțin o capacitate de aglutinare cu ser imun specific antigenului respectiv. Reacția actuală devine pozitivă din ziua a 3-5-a de boală, titrul incipient semnificativ fiind 1:1000. În dinamica maladiei, titrul de anticorpi specifici în această reacție crește, ajungând la pragul maxim (1:64000) în a 15 zi de boală, mai apoi scade treptat, rămânând pozitiv în comparație cu RFC un timp mai scurt (1-3 luni).

RAR este cea mai simplă și accesibilă la montare, dar nu totdeauna se soldează cu rezultate destul de clare. Titrul ei incipient semnificativ este de 1:160, începând cu ziua a 10-12-a de boală. *RAR* nu poate fi utilizată pentru diagnosticul retrospectiv al tifosului exantematic și maladiei Brill, deoarece aglutininele dispar peste câteva luni după vindecarea pacientului. Reacția discutată se utilizează numai în cazul când nu există posibilitate de a monta RFC și *RHAI*.

În aprecierea rezultatelor reacțiilor serologice o importanță deosebită are repetarea lor peste 2-3 zile, când se va obține creșterea titrelor. De menționat că utilizarea antibioticelor în perioada incipientă a bolii poate conduce la micșorarea titrului de anticorpi, dar nu semnificativ.

Apreciind importanța practică a metodelor serologice în diagnosticul tifosului exantematic și maladii Brill, se poate menționa că RAR, RFC și RHAI sunt metode destul de sensibile și specifice de laborator în confirmarea acestor patologii, însă mai informative rămân RFC și RHAI, mai ales atunci când ele sunt utilizate în ansamblu.

În scopul de diferențierii tifosului exantematic epidemic primar de boala Brill, s-a încercat determinarea imunoglobulinelor claselor IgM subclasa 19 S și IgG subclasa 7 S. Pe parcursul tifosului exantematic primar la început se sintetizează 19 S anticorpi, peste 2–3 săptămâni (în perioada de convalescență) apare subclasa 7 S. În boala Brill, indiferent de perioada ei, în sângele bolnavului sunt depistați numai 7 S – anticorpi, ce ar putea contribui în diferențierea prin metode de laborator a acestor două patologii, însă metodele analizate nu au ieșit din laboratoarele științifice centrale și nu au fost implementate în practica medicală.

Metodele clinice generale în diagnosticul de laborator. În perioada de stare a tifosului exantematic, în sângele periferic se micșorează moderat numărul de eritrocite, trombocite, este caracteristică o leucocitoză moderată, neutrofilie cu deviere în stânga, monocitoză, aneozinofilie sau eozinopenie; apar celule plasmatiche Tiurk (până la 8–10%); VSH rămâne accelerată moderat. În boala Brill modificările menționate sunt mai moderate sau lipsesc definitiv.

La bolnavii cu forme medii și grave în urină se depistează o proteinurie, cilindri granulați și hialinizați.

Tifosul exantematic și boala Brill necesită o confirmare obligatorie prin metode serologice specifice.

Colectarea sângelui pentru reacțiile serologice. Pentru investigarea reacțiilor serologice în aceste patologii de la bolnavi se colectează 4–5 ml de sânge din vena cubitală și se transmit în laboratorul bacteriologic sau serologic.

4. Criteriile de externare a convalescenților după tifosul exantematic sau maladia Brill. Convalescenții după tifosul exantematic și maladia Brill se externează din secțiile de boli infecțioase în a 12-a zi de temperatură normală, dacă perioada de vindecare decurge obișnuit.

Recomandări la externare. Angajarea rațională în câmpul muncii. Eliberarea de la munca fizică grea timp de o lună de către comisia medicală de control se acordă convalescenților, care au suportat forma ușoară a maladii și pentru 2 luni – celor care au suferit de forme semigrave și grave.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În lipsa complicațiilor și bolilor asociate, pierderea temporară a capacității de muncă constituie 10 zile. În funcție de caracterul complicațiilor și maladiilor asociate, buletinul de boală poate fi prelungit de medicul de la CBI sau de familie.

Dispensarizarea convalescenților după tifosul exantematic și boala Brill nu se prevede. În caz de apariție a unor complicații în timpul bolii din partea sistemului nervos central sau a cordului, acești convalescenți se supraveghează de specialiștii respectivi un timp mai îndelungat.

Leptospiroza

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme clinice de leptospiroză și suspecții la ele.

2. Deprinderile practice clinice . Depistarea elementelor eruptive. În a 3–6-a zi de boală, la o parte din pacienți, pe pielea extremităților și a trunchiului (pe spate, piept, suprafețele laterale ale abdomenului) apar erupții polimorfe (rozeolo-papuloase, maculo-papuloase, eritematoase, mai rar – peteșiale), aranjate simetric, de obicei, efemere. La unii bolnavi, exantemul se menține câteva zile (uneori până la 7–10 zile) și este însoțit de un prurit cutanat ușor, după dispariția erupțiilor, uneori e posibilă descuamația furfuracee a pielii. Din primele zile ale bolii, în

cazuri grave, pot apărea peteșii și hemoragii pe mucoasele cavității bucale, nazale și sclerale.

Depistarea icterului. La sfârșitul primei săptămâni, iar uneori și mai devreme, în a 2-4-a zi de boală, la o parte din bolnavi (12-20%) apare un icter, intensitatea și durata căruia poate varia de la colorația subicterică a sclerelor în decurs de câteva zile până la icter intensiv al pielii și mucoaselor, care persistă mai multe săptămâni.

Palparea mușchilor. Leptospirozei îi sunt caracteristice mialgiile-preponderent gastrocnemică, occipitală, cervicală, spinală, abdominală. Ele ating o înaltă intensitate, care nu se constată nici într-o afecțiune și sunt considerate drept cel mai caracteristic semn precoce al maladiei. Mialgiile apar și în stare de repaos, însă se intensifică în timpul mișcărilor. Unii bolnavi nu acuză mialgii, însă palparea mușchilor gastrocnemieni, de regulă, este dureroasă. Mai frecvent se întâlnește durerea în mușchii gastrocnemieni.

Determinarea hepatomegaliei și a splenomegaliei (vezi HV).

Determinarea semnelor meningiene (vezi IM).

Puncția cefalorahidiană (vezi IM). Puncția cefalorahidiană, în caz de meningită, confirmă diagnosticul de meningită leptospirozoică seroasă. Lichidul cefalorahidian (în el pot fi decelate leptospire) se scurge sub presiune ridicată, este transparent, conține o pleocitoză moderată, preponderent limfocitară. Cantitatea de proteine este puțin majorată, conținutul de glucoză și chlorizi - în limitele normei. Foarte rar în leptospiroză lichidul cefalorahidian poate fi purulent.

Determinarea simptomului Jordano (Pasternațki). Prin metoda de tapotament al regiunii lombare, într-o oarecare măsură se apropie de percuția directă și se utilizează în prezența acuzelor de dureri în regiunea lombară. Pentru aceasta mâna stângă se plasează pe partea respectivă a regiunii lombare, iar cu mâna dreaptă se aplică lovituri de tapotament pe suprafața dorsală a

mâinii stângi. Dacă la acest tapotament bolnavul acuză dureri pronunțate, simptomul este pozitiv.

Determinarea culorii materiilor fecale și a urinei. De regulă, în leptospiroză scaunul este de culoare și consistență obișnuită. Urina are culoare întunecată. La examenul urinei se depistează pigmenți și acizi biliari, urobilină, albumină (proteină), eritrocite, leucocite, cilindri hialinici, granuloși, în cazuri grave — cilindri epiteliali

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Colectarea picăturii groase.* (vezi malaria). Picătura groasă va fi examinată la microscop cu câmp întunecat, în scopul de a decela leptospirele. Decelarea în sânge a leptospirelor denotă, indiscutabil, leptospiroza, totodată, rezultatul negativ încă nu prezintă un temei pentru excluderea afecțiunii.

Colectarea sângelui pentru examenul serologic. Sângele în cantitate de 5–10 ml se recoltează din vena cubitală și se expediază în laborator pentru efectuarea reacției de microaglutinare și liză a leptospirelor (RMAL).

Colectarea sângelui pentru examenul biochimic (vezi HV). În plus, se mai determină creatinina și ureea.

Administrarea imunoglobulinei heterogene antileptospirozice. După desensibilizarea fracționată (vezi tetanosul), soluția de 10% de imunoglobulină antileptospirozică se administrează i.m. a câte 10 ml în decurs de 3 zile, mai cu seamă, în formele grave de boală.

Metode specifice de diagnostic. Examenul bacterioscopic. Ca material pentru examenul microscopic va fi utilizat sângele în primele 5 zile de boală, lichidul cefalorahidian privind prezența simptomelor meningiene (la 5–7 zi de boală) și urina de la a 10-a zi. Se studiază pe fundal întunecat. La microscopie se observă leptospire subțiri, mobile cu capetele îndoite.

Metoda bacteriologică. Sângele, urina și lichidul cefalorahidian (în caz de meningită) se însămânțează câte 5–10 picături în 3–5 eprubete cu mediu nutritiv. Leptospirele se cultivă

în mediu nutritiv, nemodificându-l. Mediul rămâne transparent pe tot parcursul observației. Pentru evidențierea creșterii leptospirelor, după 5–7 zile, din fiecare probă se pregătesc preparate între “lamă și lamelă” și se efectuează microscopia pe câmp întunecat. În cazurile când rezultatele vor fi negative, astfel de examinări se vor repeta până la 3 luni. În cazurile pozitive, se efectuează seroidentificarea variantelor serologice de leptospire.

Metoda biologică. Materialul pentru examinat se inoculează la cobai, hamsteri tineri. La prezența leptospirelor la animalele experimentate apare febra, mucoasele vizibile devin galbene, animalele pierd în greutate, iar după 7–14 zile pier. Pentru depistarea leptospirelor la animalele infectate se va cerceta : sângele, urina, materialele din organe (rinichi, ficat, plămâni).

Metoda serologică de diagnostic. Se va recolta sângele pentru reacția de microaglutinare și liză a leptospirelor (RMAL). Ea devine pozitivă la sfârșitul primei, începutul săptămânii a doua de boală în titrul de diagnostic 1:100. RHA1 este pozitivată la a 9–13-a zi de boală, titrul de diagnostic 1:80. RFC devine pozitivă la a 2–3-a zi de boală în titrul de diagnostic 1:10. În laboratoarele dotate se utilizează testele ELISA, RIA, Imuno-blot, anticorpi monoclonali, unele în determinarea anticorpilor IgM și IgG.

PCR (reacția de polimerizare în lant). Se utilizează prin determinarea prezenței ADN-ului leptospirelor (în sânge, LCR, urină) și în diferențierea leptospirelor. În caz de meningită leptospirozică, în LCR pot fi depistate leptospire.

Metodele biochimice de investigație. În caz de afectare a rinichilor, în sânge crește cantitatea azotului rezidual (norma 14–29 mmol/l), a ureei (norma 3,3–8,2 mmol/l) și creatininei (norma 44,2–83,2 mkmol/l). În formele icterice de leptospiroză în sânge crește concentrația bilirubinei generale (directe și indirecte), activitatea ALAT este moderat crescută, a aldolazei serice – mai considerabil. Gradul devierilor probelor biochimice depinde de gravitatea maladii.

Metodele clinice generale de investigație. În perioada de stare a bolii în formele icterice se determină eritrocitopenie și reticulocitoză. Modificările în leucogramă se vor manifesta prin leucocitoză, neutrofilie cu deviere în stânga până la forme tinere, eozinopenie, limfopenie. VSH este mult crescută (40–100 mmol). Modificările din urină se vor caracteriza prin albuminurie. În sediment vor fi depistate leucocite, eritrocite, cilindri hialini și granuloși, celule epiteliale.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după leptospiroză. *Externarea convalescenților* va avea loc peste 3–4 săptămâni, în funcție de forma clinică, modificările organice și semnele de însănătoșire.

Recomandările necesare la externare. Angajarea rațională a convalescenților în câmpul muncii constă în eliberarea pentru 3–6 luni de lucru fizic greu, de practicarea sportului și de deplasări, de munca în condiții meteorologice nefavorabile sau nocive. Timp de 2–3 luni se va respecta un regim alimentar și dietetic, ce presupune excluderea alimentelor picante, prăjite, precum și a alcoolului.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. La externare, buletinul se eliberează pentru 10 zile și, în funcție de necesitate, va fi prelungit de medicul infecționist sau de familie.

Dispensarizarea. Convalescenții se vor afla la evidență în CBI sau la medicul de familie timp de 6 luni, beneficiind de consultația medicului oculist, neurolog și nefrolog. Consultarea va avea loc o dată în două luni, pacienții beneficiind de examenul clinic și de laborator (examenul sângelui, urinei, testelor biochimice ale ficatului: bilirubina, ALAT). Scoaterea de la evidență se efectuează după însănătoșirea clinică și normalizarea indicilor de laborator. Dacă mai persistă modificări ale unor organe sau sisteme, convalescenții vor mai fi supravegheați de medici specialiști de profil în caz de necesitate.

Bruceloza

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu forme acute și subacute de bruceloză, iar cei cu forme cronice – numai în stadiul de acutizare a maladiei.

2. Deprinderile practice clinice. *Depistarea simptomelor clinice.* Mărirea ganglionilor limfatici periferici (cervicali, submandibulari, axilari, inghinali etc.) este un simptom clinic precoce al brucelozei. Ganglionii limfatici sunt de o consistență moale, elastică, cu dimensiuni până la un bob de mazăre, moderat dureroși.

Deformarea articulațiilor (peri- și paraartrite, sinovite, burse, tendovaginite, osteoartroze) este cauzată de inflamația burseilor ei sinoviale (bursita). Lezarea țesuturilor tendinoase ale mușchilor (sinoviita) provoacă o duritate bruscă și înrăutățește funcția motorie a articulațiilor. Acesta este unul din simptomele tardive ale brucelozei acute, care apare, de regulă, în a 3-a lună de la debutul maladiei.

Fibroze și celule. Un simptom tardiv, dar frecvent, care constă din infiltrație în formațiunile conjunctive ale articulațiilor, în periost (al gambei, osului sacral, coastelor), în fisurile intramusculare, în țesutul celuloadipos subcutanat. Inițial ele apar ca niște indurații solitare, accentuat dureroase, cu dimensiunea de la 0,5 până la 5–7 (celule). Dimensiunile infiltratelor se micșorează treptat, densitatea lor sporește și ele obțin conturul unei formațiuni rotunde sau al unei curele de transmisie, fără senzații dolorice evidente (fibroze). Mai frecvent fibrozitele sunt solitare, dar e posibilă și apariția lor multiplă, ondulantă.

Hepatomegalie și splenomegalie: Dimensiunile ficatului și ale splinei sunt, de regulă, mărite din prima săptămână de boală cu modificări moderate, de consistență semidură, cu sensibilitate la palpare și foarte rar poate să fie însoțite de icter (vezi HV).

Recoltarea materialului pentru examenul bacteriologic. Se recoltează sângele venos (5 ml), lichidul din ganglionii limfatici cu abcese sau exudatul din diverse localizări (abcese, artrite). Se folosesc medii speciale (Castaneda, mediu bifazic) cu o atmosferă de 5–10% CO₂. Reînsămânțarea se efectuează la fiecare 2 zile, iar culturile sunt urmărite până la o lună de zile.

Recoltarea sângelui pentru reacțiile serologice. Din vena cubitală se recoltează 3–5 ml sânge pentru RA Wright, RHA1, RFC, reacția de aglutinare rapidă pe lamă (Huddelson), RIA, ELISA, reacția opsonofagocitară.

Intradermoreacția Burnett cu antigenul brucelinic (brucelină). Se antisepticizează cu alcool 70° tegumentul părții anterioare a antebrațului în $\frac{1}{3}$ mijlocie. Se inoculează strict intradermal 0,1 ml brucelină. După 24–48 ore, se măsoară diametrul zonei infiltrative și eritematoase. Reacția este pozitivă, dacă diametrul infiltratului eritematos este peste 1 cm (1–3 cm – slab pozitivă, 3–6 cm – pozitivă, peste 6 cm – pronunțat pozitivă). Reacția devine pozitivă peste 2 luni din debutul brucelozei acute. Ea rămâne pozitivă timp îndelungat după boală, o perioadă mai scurtă după vaccinare și chiar la persoane sănătoase din zone endemice de bruceloză.

Reacția de leucocitoliză. Paralel cu proba intradermală, în depistarea stării alergice poate fi folosită reacția de leucocitoliză, bazată pe distrugerea neutrofilelor sensibilizate în prezența alergenului specific (brucelină). Valoarea de diagnostic și înalta ei sensibilitate este utilă în diagnosticarea formelor cronice și reziduale de bruceloză.

Metoda de administrare a vaccinului curativ. Vaccinoterapia anterior se aplica pe larg, astăzi se folosește în unele cazuri de bruceloză cronică, rezistente la tratamentul antimicrobian. Se utilizează vaccin anti-Brucella (mort), care este dizolvat cu ser fiziologic înainte de a fi administrat i.v. În 4 flacoane sterile se toarnă câte 9 ml de ser fiziologic. În primul flacon cu o seringă sterilă se adaugă un ml de vaccin (1 miliard germeni) și se agită.

Din primul flacon, prin intermediul unei seringi, se extrage 1 ml lichid, în care se conțin 100 mln germeni și se transferă în flaconul al 2-lea, unde în un ml se vor conține 10 mln de germeni morți. După agitație și din al doilea flacon se trece un ml lichid în al 3-lea, apoi iarăși după agitație din flaconul 3 se trece un ml în al 4-lea, unde cantitatea de germeni în un ml va fi de 100 000 microbi. Prima doză, așa numită de probă, de regulă, conține 500 mii de germeni. Din flaconul 4 se extrage 5 ml de vaccin dizolvat și se administrează intravenos lent, timp de 5 minute. Pe parcursul a 1–2 zile, după administrarea vaccinului, se măsoară peste fiecare 3 ore temperatura corpului pacientului, pentru monitorizarea reacției febrile. Tratamentul se efectuează în condiții de spital, majorându-se, dublu doza a doua de vaccin peste 2–3 zile. Astfel, în prima zi 500 mii microbi, iar peste 30 minute se ia doza a 2-a de 500 mii microbi, mărindu-se îndoite doza a 2-a. Cura deplină poate conține 10–12 injecții pare.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Metodele specifice de diagnostic.* Luând în considerare că tabloul clinic în bruceloză este variat, investigațiilor de laborator le revine rolul principal în stabilirea diagnosticului. În acest scop vor fi utilizate următoarele metode: bacteriologică, serologică, biologică și alergologică.

Metoda bacteriologică. Se examinează în raport cu stadiul maladiei și forma clinică: hemoculturi, meduloculturi, biopsii ganglionare, mai rar – lichid cefalorahidian, urină, bilă, exudat articular etc. Creșterea culturii de brucele din prima generație este lentă, timp de câteva săptămâni, de aceea metoda bacteriologică n-a avut utilizare largă în practica medicală. De regulă, rezultatele pozitive se vor întâlni în formele acute de bruceloză.

Metoda serologică. În reacția de aglutinare rapidă pe lamă – Huddelson se folosește antigen brucelic concentrat și colorat. Pe o placă de sticlă se depun, la intervale, picături cu cantități descrescânde de ser suspect: 0,08; 0,04; 0,02; 0,01 ml, alături se toarnă picături de antigen Huddelson în cantități egale de 0,03 ml.

Cu colțul unei lame de microscop se amestecă picăturile de reactivi, începând de la diluția mai mare spre cea mai mică a serului. Cu alt colț al lamei se amestecă picăturile martorilor, începând cu martorul antigen. Se încălzește lama la 37° timp de 1–2 minute cu mișcări de rotație. Citirea se face după maximum 8 minute (intervalul în care placa este menținută în camera umedă). Se urmărește apariția și mărirea grunțiilor violeti-albaștri de aglutinare și se face clarificarea amestecului. Suspensiile martor trebuie să rămână omogene, colorate în violet. Rezultatul se exprimă după o scară convențională în procente de aglutinare : 100; 75; 50 și 25 (respectiv ++++...+). O aglutinare de 5% corespunde unui titru de 1:100 în reacția Wright. Reacția Huddelson este indicată pentru triajul serurilor în focarele de bruceloză. Rezultatele pozitive trebuie verificate prin reacția Wright.

Reacția de aglutinare lentă în tuburi, Wright. În tuburi de aglutinare se toarnă soluție salină izotonă, obținându-se diluții duble ale serului suspect de la 1:12,5 până la 1:400 în volume de 0,5 ml. În fiecare tub se pipetează câte 0,5 ml antigen Wright (suspensie de brucele moarte standardizată la 20 miliarde germeni /ml) diluat 1:10. Toate tuburile sunt incubate timp de 20–24 ore la 37°, apoi încă 1–2 ore – la temperatura camerei. Reacția se citește cu ochiul liber prin comparație cu tuburile martor și fixează intensitatea aglutinării de la +4 la 0. Titrul minim semnificativ pentru diagnostic este 1:100 cu aglutinare de două plusuri. Titrele de 1:50 sunt dubioase.

În reacția Wright aglutinarea poate lipsi la primele diluții de ser sau complet din cauza anticorpilor blocați monovalenți, situație frecventă în forma cronică de maladie. Anticorpilor blocați pot fi depistați prin reacția Coombs: în tuburile negative ale reacției Wright se adaugă la antigenul brucelic (spălat pentru îndepărtarea imunoglobulinelor fixate nespecific și resuspensionat) o cantitate determinată de ser antiimunoglobulină umană. Aglutinarea indică prezența anticorpilor blocați. Un titru de

1:100 în reacția Coombs are importanță de diagnostic semnificativă. Testul Coombs, pozitiv, în prezența manifestărilor clinice ale bolii, poate confirma diagnosticul brucelozei, chiar în caz de rezultate negative ale altor reacții serologice și ale testului alergic cutanat cu brucelină.

RHAI este o reacție specifică și foarte sensibilă, fiind pozitivă din ziua a 5–6-a de boală în titru 1:100. Aprecierea ei se efectuează în dinamică, ținându-se cont de tabloul clinic al maladiei.

RFC este o reacție specifică, titrul semnificativ fiind $\geq 1:10$ din zilele 12–14-a de boală. Reacția este mai utilă în formele cronice și latente de bruceloză. Se negativizează o dată cu vindecarea pacientului. În reacțiile postvaccinale pozitivarea acestui test are un caracter tranzitoriu.

În practica medicală RFC implică o utilizare mai limitată, deoarece este sofisticată și costisitoare.

Testul imunoenzimatic (ELISA) pentru detectarea anticorpilor antibrucelinici de tip IgM, IgG constituie o probă de laborator din cele mai sensibile și fidele pentru diagnosticul brucelozei în variatele forme clinice, inclusiv în cazurile când testele serologice convenționale rămân negative. Detectarea anticorpilor de tip IgM în titre mari corespunde cu bruceloză acută, iar a anticorpilor de tip IgG și IgA – cu forma cea cronică.

Reacțiile serologice și alergice nu sunt echivalente după importanța lor în precizarea diagnosticului și nu se pot înlocui una pe alta, dictând necesitatea de a utiliza metoda complexă în stabilirea diagnosticului de bruceloză. Reacțiile serologice pot fi pozitive în titre joase și în alte boli febrile (febra tifoidă, reumatism, septicemie etc.), de aceea aprecierea rezultatelor lor poate fi efectuată numai în dinamică, luându-se în considerare datele clinico-epidemiologice și anamnestice.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după bruceloză. *Regulile de externare.* Externarea convalescenților după bruceloză acută se efectuează după

vindecare sau ameliorarea stării generale și sistarea tratamentului antimicrobian.

Recomandări necesare la externare. Convalescenții cu sechele, care limitează activitatea profesională a pacientului, sunt consultați de comisia medicală de expertiză pentru aprecierea grupei de invaliditate ori angajare rațională în câmpul muncii timp de 3–6 luni. Tratamentul balnear este indicat pacienților cu forme cronice după 3 luni de remisie a procesului infecțios preponderent cu leziuni ale aparatului locomotor și sistemului nervos.

Dispensarizarea. După externarea din staționar, bolnavilor de bruceloză li se prelungește buletinul de vacanță de boală în condiții de ambulator, în funcție de gravitatea maladiei și manifestările reziduale. După finisarea tratamentului, convalescenților li se recomandă angajarea rațională în câmpul de muncă, excluderea în primele 6 luni a lucrului fizic greu și în condiții nefavorabile. Dacă se constată dereglările funcționale stabile, care limitează capacitatea de muncă, convalescenții sunt îndrumați la comisia consultativă medicală.

Bruceloză la oameni are uneori o lungă durată, cu recidive și poate conduce la invaliditate. De aceea toți pacienții și persoanele seropozitive la bruceloză sunt supuși obligatoriu dispensarizării, care se efectuează de către medicul de familie sau de infecționistul din secția consultativă.

Evidenței de dispensar sunt supuși:

- convalescenții care sunt examinați pe parcursul primului an la fiecare 3 luni, ulterior – o dată în 6 luni (primăvara și toamna). La acutizarea procesului infecțios, li se indică o cură de tratament în condiții de ambulatoriu sau staționar.

Convalescenții, care timp de 2 ani nu prezintă acuze, nu au manifestări clinice sau fenomene reziduale, sunt scoși de la evidența de dispensar. Persoanele cu fenomene reziduale stabile după suportarea brucelozei, la care timp de 2 ani procesul infecțios nu este activ, se îndreaptă la comisia de expertiză a

vitalității pentru acordarea gradului de invaliditate. Aceste persoane sunt supuse controlului profilactic la fiecare 12 luni. Persoanele cu rezultat serologic pozitiv, dar fără manifestări clinice ale bolii, sunt supuse controlului clinic și de laborator anual. Această categorie se scoate de la evidența de dispensar peste 3 ani, în lipsa manifestărilor clinice și a rezultatelor serologice negative. Persoanele care au fost în contact cu animalele bolnave de bruceloză sunt supuse evidenței de dispensar timp de 6 luni, acestora efectuându-li-se examinarea clinică și de laborator după fiecare 2 luni.

Boala Lyme (Borelioza)

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu forme acute și subacute de borelioză, iar cei cu forme cronice – numai în stadiul de acutizare a maladiei.

2. Deprinderi practice clinice. *Determinarea eritemului cutanat migrator*, care apare după 2–14 zile de la mușcătura unei căpușe. La nivelul mușcăturii se ivește un element cutanat maculos sau papulos. În jurul lui se formează un eritem, ce se extinde treptat, având în centru o zonă de clarificare. Partea periferică a eritemului are o formă anulară, cu aspect eritematos, iar cea centrală poate avea și o culoare roșie-violacee cu tegumentul indurat, veziculos sau necrotic, fără a prezenta o sensibilitate dureroasă exprimată. Leziunea este localizată mai frecvent în regiunea axilară, pe abdomen sau pe partea anterolaterală a coapsei. În regiunea cervicală are aspectul unei erupții liniare, eritematoase, care separă pielea păroasă a capului de restul tegumentului. Ulterior apar și alte leziuni secundare (cu același aspect ca cele inițiale) cu tendința de extindere laterală, marcând centrul lor și nefiind indurate (pe orice parte a corpului, inclusiv palme și plante). De aici și denumirea de eritem migrator cronic.

Palparea ganglionilor limfatici. Se măresc ganglionii limfatici regionali tributari porții de intrare, fiind duri și moderat dureroși la presiune.

Determinarea semnelor de afectare a sistemului nervos (meningită, encefalită și polineurită) (vezi infecția meningococică, meningita, meningoencefalita). În borelioză se constată frecvent o asociere de meningită limfocitară cu encefalita și poliradiculoneurita.

Efectuarea puncției cefalorahidiene (vezi infecția meningococică, meningita).

Depistarea modificărilor în articulații. Stadiul III al boreliozei este dominat de manifestări articulare, sub formă de artrită, care durează săptămâni sau luni. Cel mai frecvent este afectat genunchiul, urmat de cot, gleznă și celelalte articulații ale extremităților. Artrita decurge cu lichid sinovial bogat în proteine, prezentând semne inflamatorii locale (tumefiere, căldură, durere), aspectul eritematos fiind redus.

Palparea ficatului și a splinei (vezi HV). În borelioză se mărește în volum ficatul și splina.

Colectarea materialului pentru examenul bacteriologic. Materialul se colectează din leziunile cutanate prin biopsie cutanată. Este utilă pentru diagnostic numai în faza acută a maladiei.

Colectarea sângelui pentru examenul serologic. Se recoltează 3–5 ml din vena cubitală pentru metoda serologică, care este cea mai accesibilă.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Metode specifice de diagnostic. Metoda bacteriologică.* În legătură cu necesitățile de creare a condițiilor de cultivare și cerințele înalte față de mediile nutritive, creșterea și multiplicarea boreliilor rămâne dependentă de fiziologia lor. Actualmente metoda bacteriologică rar este utilizată în diagnosticul maladiei Lyme și al altor borelioze.

Metoda serologică se folosește atât în depistarea infecției primare, cât și în scop complementar de retrospectivă. Ca substrat de cercetare servesc serul bolnavului, mai rar – lichidul sinovial. În activitatea practică mai frecvent se utilizează reacția imuno-fluorescentă indirectă (RIF). În scopul diagnosticului corect al boreliozei este necesară investigarea serurilor pare : primul ser se examinează la momentul adresării pacientului, al doilea – peste 3–5 săptămâni de la debutul maladiei, însă nu mai timpuriu de 2 săptămâni de la prima cercetare.

ELISA, Western-blot, Immuno-blot sunt tehnici de mare sensibilitate și specificitate în determinarea titrului anticorpilor IgM și IgG din sânge și LCR. Ele permit identificarea IgM numai după primele 3–4 luni de boală, iar IgG – numai după 5–7 luni de la debutul boreliozei. Dacă raportul între titrul anticorpilor IgM din LCR și cel din sânge este supraunitar, se confirmă existența unei afecțiuni neurologice în cadrul maladiei Lyme, stadiul acut. Dacă raportul între titrul anticorpilor IgG și cel din sânge este supraunitar, se confirmă prezența neuroboreliozei. Titrul semnificativ de anticorpi IgM – 1:64 și peste; titrul semnificativ de anticorpi IgG – 1:28 și peste.

Metoda PCR permite evidențierea prezenței ADN-borelian la om (în sânge, LCR, urină, lichidul sinovial, tegumente) și la căpușe.

Metode clinice generale de investigare. Modificările hematologice. Leucograma: leucocitoză și normocitoză; VSH – accelerată. Se investighează proteina C-reactivă, electrocardiograma, echocardiografia, electroencefalograma, CT – cerebrală, RMN. Se efectuează examenul neurologic, reumatologic, oftalmologic. Se determină probele biochimice ale ficatului (ALAT, ASAT, LDH, MDH), radiografiile osoase și articulare, anti-ANA, imunograma, CIC și crioglobulinele. În serul bolnavilor de borelioză apar crioglobuline și complexe imune circulante, mai ales în cazurile cu artrită. În urină rareori se constată proteinurie și hematurie.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după borelioză. *Regulile de externare.* Pacientul cu maladia Lyme va fi externat o dată cu dispariția ori ameliorarea simptomatologiei clinice.

Recomandări la externare. Convalescenții după formele grave și complicații vor continua tratamentul de reabilitare la diferiți specialiști (neurolog, cardiolog, oculist, hepatolog, chirurg, traumatolog) în funcție de necesitate.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În lipsa complicațiilor, pacientul își poate începe activitatea de muncă conform profesiei. Dacă mai suferă de diferite complicații, durata pierderii capacității de muncă va fi hotărâtă prin CCM.

Dispensarizarea. Convalescenții după borelioză se vor afla la evidență la medicul de familie și, în funcție de manifestările tardive ale maladii, la diferiți specialiști cu o durată individuală (spre exemplu, a neurolog – până la 6 ani).

Antraxul

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme clinice de antrax și suspiecții la ele.

2. Deprinderi practice clinice. În forma cutanată de antrax, și anume în cea cărbunoasă, la poarta de intrare a agentului patogen apare inițial o rozeolă, care rapid se transformă în papulă, iar papula - în veziculă. Ultimul element conține un lichid seros sau sero-hemocratic, care la spargere formează un ulcer aprofundat în piele, acoperit cu o crustă de culoare neagră, asemănătoare cu un cărbune (antracit), de unde și provine denumirea maladii de antrax. Pentru forma cutanată de antrax este caracteristică trecerea a trei culori de la centru spre periferie: în centru crusta neagră, urmată de o fâșie îngustă de o culoare gălbuie-purulentă, apoi o centură lată a unui val purpuriu, ce se proeminează deasupra pielii, pe care apar vezicule secundare

(veziculele fiice). Exteriorul acestei leziuni se aseamănă cu un almaz negru înconjurat de perle. Aceste vezicule fiice ulterior se sparg, măbind dimensiunile crustei. Adică crustele mici se confluează între ele și cu crusta centrală, formând o crustă mare de culoare neagră-cafenie sau definitiv neagră, care uneori atinge dimensiuni de 5–6 cm sau și mai mari.

O particularitate a formei carbunoase a antraxului constă în faptul că la etapa de debut și stare a maladiei crusta nu proeminează deasupra dermei, ci este aprofundată în ea (minus țesut). O altă particularitate a ei este lipsa durerii la palpare ori excitare. În jurul carbunculului antraxian se observă un edem pal, răspândit, de o consistență moale, fără hiperemie și limite clare cu pielea sănătoasă. La percuția cu ciocănelul în regiunea edemului se determină o vibrație masivă, asemănătoare cu pelteaua (tremuriciul din răcitură), care mai poartă denumirea de simptomul pozitiv al lui Stefanski. Răspândirea edemului determină gravitatea bolii.

Din momentul apariției ulcerului cărbunos, se ivesc semne de intoxicație, se ridică temperatura, având o durată de 8–10 zile, uneori și mai mult. Se mai depistează și ganglioni limfatici regionali moderat, măriți în dimensiuni și puțin dureroși la palpare.

Rar se întâlnesc formele generalizate: septicemia cărbunoasă secundară și cea primară.

Forma septicemică cărbunoasă secundară este o complicație la cea cutanată. Pentru ea sunt caracteristice modificări locale și o intoxicație generală pronunțată cu afectarea tractului gastro-intestinal și a pulmonilor.

În septicemia cărbunoasă primară lipsesc modificările locale, însă sindroamele de intoxicație și hemoragic sunt foarte pronunțate. Paralel este afectat tractul gastrointestinal și sistemul respirator, în special, pulmonii, meningele.

Proba intracutanată cu antraxină. Proba se aplică în regiunea treimii mediane a părții interne a antebrațului. Antraxina

se introduce strict intracutan în doză de 0,1 ml, respectându-se regulile septicii. În alt antebraț se administrează proba de control (0,1ml ser fiziologic). Rezultatul reacției la antraxină se înregistrează după 24 și 48 ore. Reacția se consideră pozitivă, dacă hiperemia și infiltratul pielii are nu mai puțin de 8 mm în diametru. La apariția hiperemiei și infiltratului cu un diametru mai mare de 8 mm, la introducerea serului fiziologic (control) proba nu se înregistrează. Trebuie de ținut cont că proba cu antraxină poate fi pozitivă în caz de boală sau de vaccinare în trecut. În legătură cu aceasta, rezultatul probei cutanate cu antraxină trebuie luat în considerare în complex cu datele clinice și epidemiologice.

Metoda introducerii imunoglobulinei anticărbunoase. Imunoglobulina menționată se utilizează în scop de tratament și profilaxie a antraxului. Ea se prepară din serurile cailor hiperimuni și reprezintă o soluție de 10% de proteină specifică (fracțiile gama- și beta-globuline). Fiind o imunoglobulină eterogenă, se introduce prin metoda desensibilizării fracționate cu utilizarea soluției de 1% al preparatului, ca și serurile eterogene (vezi tetanosul).

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Bacterioscopia.* În formele cutanate de antrax se pregătesc frotiuri din conținutul veziculelor și de la marginea crustelor ce acoperă ulcerul.

În formele generalizate (septicemice) se examinează sângele, sputa, materiile vomitive, fecaliile, urina, lichidul pleural, abdominal, cefalorahidian. Prezența în frotiuri a bacteriilor cu dimensiuni majore, grampozitive, aranjate sub formă de centură, și înconjurate de capsule, permite a formula diagnosticul de antrax în prealabil, luându-se în considerare datele clinice și epidemiologice, caracteristice pentru pacientul concret.

Reacția imunofluorescentă. Microscopia luminiscentă este utilizată ca o metodă rapidă de diagnostic, unde se aplică tehnica de anticorpi fluorescenți. În microscopul luminiscent bacili

antraxului apar ca niște bastonașe cu o periferie luminiscentă verzuie. De menționat că microscopia luminiscentă rămâne orientativă. Ea nu exclude metodele bacteriologice.

Metoda bacteriologică. Însemnătarea materialelor indicate mai sus de la bolnavii cu diverse forme de antrax se efectuează pe agar sau bulion peptonat. După 18–24 ore, se examinează particularitățile principale ale agentului patogen: morfologice, biochimice și culturale.

Metoda biologică. Animalele de laborator (șoareci albi, cobai, iepuri) se infectează cu materialul patologic, cât și cu cultura pură izolată din el. Bacilul cărbunos omoară șoarecii albi după 24–48 ore, cobaii – după 2–3 zile. În sânge și în organele interne bacterioscopia frotiurilor relevă bacilii de antrax înconjurați de capsulă.

Metodele de laborator clinice generale. În analiza generală a sângelui la bolnavul cu antrax se constată o limfocitoză nepronunțată. Modificările în urină, de asemenea, nu sunt pronunțate, în legătură cu care fapt importanța lor de diagnostic rămâne slab sau deloc informativă.

Particularitățile colectării materialelor pentru investigațiile de laborator. Conținutul veziculei sau uneori al pustulei, eliminările din ulcerul cărbunos se extrag cu o seringă sau cu pipeta Paster sterilă într-o eprubetă sau într-un flaconaș de sticlă steril. Pentru cercetările bacteriologice ale sângelui se prepară 2 frotiuri groase, care se usucă la aer. În formele generalizate de la bolnav se colectează în veselă sterilă sputa, lichidul pleural, abdominal, cefalorahidian, materiile fecale și urina. Materialul luat se poate însemnăța pe medii nutritive imediat la patul bolnavului și apoi urgent se expediază în laborator. Comportarea cu materialul colectat pentru cercetare, transportare, păstrare lui etc., se execută conform regulamentului în caz de infecție extrem de contagioasă (vezi holera).

4. Criteriile de externare a convalescenților după antrax.

Convalescenții, care au suportat forma cutanată de antrax, se externează din secția de boli infecțioase după detașarea crustei cărbunoase și tămăduirea ulcerului, obținându-se un rezultat bacteriologic negativ la însămânțarea de pe crusta desprinsă.

Convalescenții, care au suportat forme generalizate de antrax, se externează după însănătoșirea clinică și după 2 examinări bacteriologice negative la bacilul cărbunos al sputei și materiilor fecale la un interval de 5 zile.

Recomandări la externare. Angajarea rațională în câmpul muncii. Eliberarea de la munca fizică grea timp de o lună de către comisia medicală de control a convalescenților care au suportat formele semigrave și grave de antrax cutanat și pe 2 luni – a celor ce au suferit de forme generalizate.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În lipsa complicațiilor și maladiilor asociate, pierderea temporară a capacității de muncă constituie 10–20 zile. În funcție de caracterul complicațiilor și bolilor asociate, buletinul de boală mai poate fi prelungit de medicul de la CBI sau de medicul de familie.

Dispensarizarea convalescenților după suportarea antraxului nu se prevede. În caz de apariție a unor complicații în timpul bolii din partea tractului digestiv, a sistemului nervos central sau a cordului, acești convalescenți se supraveghează de specialiștii respectivi un timp mai îndelungat.

Tetanosul

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme clinice de tetanos și suspiecții la ele.

2. Deprinderi practice clinice. *Depistarea simptomelor clinice:* a) *trismul* – imposibilitatea de a deschide gura din cauza contracturii mușchilor maseteri. În formele ușoare și moderate se determină parțial, în formele severe – absolut. Trismul poate fi provocat prin intermediul loviturilor ușoare cu ajutorul spatulei

pe arcada dentară, pe arcul zigomatic sau printr-o apăsare la rădăcina limbii. Aproape concomitent cu trismul, se instalează contractura tonică a mușchilor scheletari, predominant la ceafă, trunchi, spate, abdomen și membre, lăsând însă puțin afectate extremitățile acestora;

b) *zâmbet sardonice* – contractura musculaturii faciale, care conferă o expresie caracteristică prin încrețirea frunții, pleoapele pe jumătate rămân închise, iar colțurile gurii sunt trase, semănând cu un râs silit, grotesc („rânjet”);

c) *opistotonus* – poziție forțată a corpului, bolnavul fiind de spate îndoit în „arc de cerc”, din cauza contracturii dominate a musculaturii spatelui, fiind mai puternică;

d) *emprostotonus* – poziția forțată a corpului, amintind pe cea a fătului în uter, din cauza contracturii, care domină pe flexorii trunchiului.

Determinarea crizelor paroxistice. Pe fundal de contractură tonică, orice excitație poate provoca, din cauza stării de excitabilitate neuromusculară mult crescută, *crize paroxistice de contracturi musculare extrem de dureroase*. În timpul acestor crize, însoțite de spasme glotice și ale musculaturii respiratorii, bolnavul se sufocă, devine cianotic sau se obturează căile respiratorii, prin intrarea secrețiilor nasofaringiene în laringe. Crizele paroxistice uneori sunt atât de puternice, încât pot provoca rupturi musculare, deplasări sau fracturi osoase. Crizele pot fi provocate de excitațiile cele mai variate (o mică atingere de piele, zgomot, lumina bruscă, curenți de aer). Durata crizelor este scurtă, rareori prelungită. Ele se repetă de mai multe ori, frecvența acestora fiind proporțională cu gravitatea maladiei.

Determinarea manifestărilor generale. Formele severe sunt însoțite de hiperpirexie, tahicardie, tulburări respiratorii, transpirații abundente. Pacientul este chinuit de sete, nu poate înghiți nici alimente și nici apă, are constipație, oligurie sau chiar anurie.

Recoltarea sângelui pentru determinarea titrului antitoxinei tetanice. Din vena cubitală în eprubetă sterilă se recoltează 5 ml sânge.

Metoda de administrare a serului antitetanic. Serul antitetanic se administrează în doze de 100000 sau 150000 UI în scopul de a neutraliza toxina circulantă, încă nefixată pe celule. Serul va fi administrat după testarea sensibilității la el prin metoda desensibilizării fracționate. Se administrează intracutan 0,1 ml ser în diluție 1:100 în regiunea mediană a antebrațului. Dacă reacția va fi negativă (edem și hiperemie până la 1 cm), peste 20 minute se va administra 0,1 ml ser nediluat subcutan în regiunea brațului. Dacă reacția va fi negativă, peste 20–30 minute, se administrează i.m. în 2–3 locuri doza indicată pentru tratament.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Metode specifice de diagnostic.* Pentru examenul de laborator se utilizează metoda bacteriologică. Materialul pentru examenul de laborator poate servi: secretul din plaga tetanigenă sau puroiul, pansamentul plăgii. În plăgile la nivelul uterului se vor utiliza secrețiile uterine, la nou-născuți – secrețiile ombelicale, sângele (5 ml).

Se face frotiu, colorație după Gram, apoi se însămânțează pe medii de îmbogățire în anaerobioză, după care coloniile se identifică pe frotiu (după 2; 4; 6 și 16 zile de la însămânțare).

Diagnosticul va fi confirmat prin decelarea toxinei, verificată prin inoculare la șoareci a extrasului toxic, ca atare, și după protecție cu anatoxină. Titrarea precoce a antitoxinei tetanice în sângele bolnavului urmărește aprecierea stării de imunizare la îmbolnăvire. Coloniile vor fi verificate și prin seroaglutinare cu seruri specifice.

Metode clinice generale în diagnosticul de laborator al tetanosului. În analiza generală a sângelui se constată un număr normal de leucocite sau o ușoară leucocitoză (9.000–12.000).

Electromiograma poate fixa unele elemente de diagnostic diferențial, în faza incipientă, față de unele afecțiuni neurologice.

Controlul radiologic osos pentru depistarea complicațiilor (deplasări, rupturi etc.)

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după tetanos. După suportarea tetanosului convalescenții sunt externați din secția de boli infecțioase la însănătoșire completă, iar cei cu sechele sunt externați, dacă acestea nu prezintă pericol pentru activitatea fostului pacient.

Recomandări la externare. Angajarea rațională în câmpul muncii. Eliberarea de la munca fizică grea, exercițiile de sport timp de o lună se vor stabili de către comisia medicală de control, care activează în policlinica de la locul de trai al convalescentului.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. În lipsa complicațiilor și maladiilor asociate, pierderea temporară a capacității de muncă constituie 10 zile.

În funcție de caracterul complicațiilor și maladiilor asociate, buletinul de boală poate fi prelungit de medicul de familie de comun acord cu medicul infecționist.

Dispensarizarea convalescenților după tetanos nu se efectuează. În cazul prezenței unor complicații ale coloanei vertebrale și ale sistemului osos sau ale cordului, convalescenții vor fi supravegheați de specialiștii respectivi, după necesitate.

Erizipelul

1. Criteriile de internare. Se internează în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme clinice de erizipel și suspecții la ele.

2. Deprinderile practice clinice. Depistarea manifestărilor locale, care apar fiind însoțite de dezvoltarea intoxicației generale chiar din debutul maladiei ori cu câteva ore mai târziu, caracterizându-se prin ascensiune termică, cefalee și frison, uneori zguduitor.

Pentru erizipelul eritematos este caracteristică apariția hiperemiei strict delimitate a pielii, infiltrația și edemațierea ei. Pielea în regiunea hiperemiei este fierbinte la pipăit, încordată, moderat dureroasă la palpare (mai ales la periferie). Limitele sectorului hiperemiat deseori au aspect festonat. Este caracteristică prezența „bureletului periferic” în formă de margini infiltrate și proeminente ale eritemului.

În erizipelul eritemato-bulos pe fundalul eritemului se formează elemente buloase, care conțin lichid seros sau sero-hemoragic, ce se poate transforma în purulent. Ulterior bulele colabează și în locul lor se formează cruste de culoare brună, care se detașează peste 2–3 săptămâni. Pe locul bulelor se pot forma eroziuni, iar în cazuri extrem de grave – ulcere trofice.

În forma eritemato-hemoragică, pe fundalul eritemului apar hemoragii, uneori și bule.

Pentru erizipelul bulo-hemoragic este caracteristică apariția unui exudat hemoragic și fibrinos în cavitatea bulelor. Toate formele de erizipel sunt însoțite de limfadenită regională.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Se efectuează prelevări de material biologic pentru examenul bacteriologic din porțile de intrare, bule, uneori puncții-aspirații și hemoculturi, concomitent cu aprecierea sensibilității tulpinilor obținute la antibiotice. În sângele periferic, în perioada acută a

bolii, se depistează o leucocitoză neutrofilică, cu deviere spre stânga a formulei leucocitare; VSH devine majorată.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după erizipel. Convalescenții sunt externați după finisarea curei de tratament, dispariția semnelor clinice atât generale, cât și locale. Fenomenele reziduale, cum ar fi desuamația, pigmentația, tumefierea pielii, sectoarele de hiperemie stagnantă, crustele uscate, nu sunt un impediment în calea externării din staționar. În același timp, persistarea îndelungată în perioada de convalescență a unei tumefieri constante, a limfostazei, precum a eroziunilor și ulceratiilor în zona afectată, poate fi considerată drept complicații sau sechele ale maladiei și necesită un tratament special, care poate fi efectuat și în condiții de ambulator. După externarea din spital, se recomandă să se respecte regulile igienei personale, să se efectueze profilaxia microtraumelor (lovituri, zgârieturi, rosături). De asemenea, este necesară sanarea focarelor cronice ale infecției streptococice, iar în caz de necesitate – tratamentul fizioterapeutic al consecințelor, complicațiilor și tratamentul profilactic.

La externarea din spital, buletinul pentru vacanța de boală se poate prelungi pe alte 7–8 zile. În caz de localizare a erizipelului la membrele inferioare, pacientul poate începe lucrul doar după dispariția completă a manifestărilor acute locale.

Dispensarizarea convalescenților se efectuează la medicul de la CBI sau de familie. După erizipelul primar, supravegherea de dispensar se execută timp de un an cu vizite peste o lună, la 3–4, 6–8 și la 10–12 luni), iar la cel recidivant – pe parcursul a 3–4 ani. În cazul unor dereglări permanente ale circulației limfei, a edemelor și a unor semne de inflamație cutanată, este necesar să se prescrie tratamente complexe. În formele recidivante de erizipel este necesară după externare terapia profilactică cu Bicilină-V timp de 6 – 12 luni, uneori timp și mai îndelungat.

Tularemia

1. Criteriile de internare. Se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase toți pacienții cu diverse forme clinice de tularemie și suspecții la ele.

2. Deprinderi practice clinice în tularemie. *Palparea ganglionilor limfatici* hipertrofiați (bubonul tularemic) poate avea loc în diferite forme clinice ale maladiei. Mai frecvent sunt antrenați în proces ganglionii limfatici submandibulari, cervicali, axilari, cubitali, mai rar inghinali. Ei pot fi solitari sau multipli, unilaterali ori bilaterali. Bubonii sunt bine delimitați, puțin doli, nu aderă la țesuturile adiacente, iar pielea deasupra lor nu este modificată. Spre deosebire de alte maladii, care evoluează cu limfadenită, bubonii ating dimensiuni mari (până la oul de găină, găscă, uneori până la un pumn de bărbat). La finele primei săptămâni de maladie se mărește ficatul și splina în volum (vezi HV).

Depistarea anginei tularemice. Este caracteristică pentru forma orofaringeană (angino-bubonică) de tularemie. Amigdalita mai frecvent este unilaterală. Amigdalele afectate sunt hipertrofiate și tumefiate, cu membrane false de culoare albă - gălbuie, consistente, care sunt greu de detașat. În 50% din cazuri angina este ulcero-necrotică. În procesul infecțios sunt antrenați ganglionii limfatici tributari porții de intrare: submandibulari, cervicali, parotidieni.

Caracteristica curbei termice. Mai frecvent curba termică în tularemia are un caracter remitent cu o durată de 3 săptămâni, mai rar - intermitent, neregulat. În perioada de convalescență poate avea loc o subfebrilitate prelungită.

3. Precierea clinică a indicilor de laborator. *Metodele specifice de diagnostic.* Pentru examenul de laborator se folosesc metodele bacteriologică, biologică, serologică și proba alergică. Izolarea culturii agentului patogen de la bolnav prin însămânțarea

directă a materialului pe medii nutritive este practic imposibilă. Mult mai rezultativă este metoda biologică.

Metoda biologică constă în infectarea animalelor de laborator (cobai, șoareci albi cu material biologic colectat de la bolnav (punctat din bubon, raclaj din ulcerul cutanat, spută, sânge, secreție din conjunctivă). Materialul examinat se administrează animalelor subcutan, intracutan, intraperitoneal și per os. Animalele infectate pier de tularemie peste 4–14 zile. Se efectuează frotiuri – amprente din ganglionii limfatici, splină, ficat, sânge și se fac însămânțări din organe pe medii nutritive. Depistarea și identificarea agentului patogen al tularemiei se efectuează în laboratoare dotate special.

Metode serologice. O metodă rapidă de diagnostic serologic este reacția de aglutinare în picătura de sânge, însă ea este orientativă și nu reflectă dinamica creșterii titrului de anticorpi. Aglutinarea se produce imediat, dacă în sângele bolnavului sunt prezente aglutinine în titrul de 1:100 și mai mare. Reacția de aglutinare (RA) cu diagnosticumul tularemie devine pozitivă, începând cu a doua săptămână de boală, fiind cu titrul semnificativ de 1:160, crescând la maximum – în a 4–7-a săptămână de boală. De obicei, diagnosticul este confirmat prin creșterea titrului anticorpilor de 4 și mai multe ori în seruri perechi. Rezultatul pozitiv în titrul de 1:160 are importanță diagnostică, dar creșterea titrului de anticorpi trebuie urmărită neapărat, deoarece după boala suportată ei se păstrează pe parcursul mai multor ani.

Reacția de hemaglutinare indirectă (RHAI). În calitate de antigen este folosit diagnosticumul eritrocitar tularemie. Ea poate fi pozitivă chiar la sfârșitul primei săptămâni de boală în titrul semnificativ de 1:500.

Proba alergică. Intradermoreacția cu tularină se folosește pentru diagnosticul precoce al tularemiei (din a 5-a zi a maladiiei). Se administrează 0,1 ml de tularină intracutan sau în pielea scarificată și se citește peste 24 și 48 ore. Reacția se consideră

pozitivă în caz de apariție a edemului ori a infiltratului cu diametrul mai mare de 0,5 cm.

Colectarea sângelui pentru investigațiile serologice. Pentru reacțiile serologice se colectează 2–5 ml de sânge din vena cubitală a bolnavului și se expediază în laborator.

Metodele de laborator clinice generale. În hemoleucogramă poate fi depistată o leucopenie, o limfocitoză, monocitoză, eozinopenie. Se determină o creștere moderată a VSH. În cazuri grave se înregistrează o leucocitoză, aneozinofilie și o creștere pronunțată a VSH.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după suportarea tularemiei. *Regulile de externare.* Convalescenții, care au suportat tularemia, sunt externați din spital după o însănătoșire definitivă, însă nu mai devreme de 2 săptămâni de la normalizarea temperaturii. Prezența ganglionilor limfatici, moderat hipertrofiați și nedureroși, nu poate fi o contraindicație la externare.

Recomandări la externare. Persoanele care lucrează în condiții nocive, care practică exerciții fizice sau lucrul fizic greu, trebuie să abandoneze temporar aceste activități.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. La externarea din spital a convalescenților după formele ușoare, acestora li se eliberează buletin medical pentru minimum încă 10 zile, iar după formele medii și grave – pentru 10–20 zile.

Dispensarizarea convalescenților se efectuează timp de 6–12 luni. Sunt supuse supravegherii numai persoanele care au urmărit după boala suportată. Dispensarizarea se efectuează de către medicul din CBI și chirurgul din Centrul medicilor de familie o dată în fiecare din primele 6 luni, ulterior o dată în 2 luni, dacă există asemenea necesitate. În funcție de consecințele maladiei, pot fi implicați pentru consult și alți specialiști.

Toxoplasmoza

1. Criteriile de internare. Bolnavii cu forme acute dobândite și congenitale de toxoplasmoză se spitalizează în secțiile de boli infecțioase, iar cu cele cronice în stadiul de acutizare pot fi internați și în alte secții, în funcție de organele afectate (neurologie, oftalmologie, ginecologie etc.).

2. Deprinderi practice clinice. Semnele clinice ale toxoplasmozei, care pot fi slăbiciunea generală, mialgiile, febra, limfadenita, prezintă o manifestare frecventă a toxoplasmozei dobândite. Limfadenita fiind, de obicei, generalizată, ea afectează preponderent ganglionii cervicali, supraclaviculari, occipitali. Ei au în diametru 1–1,5 cm, sunt mai sensibili la palpare, nu aderă la țesuturile adiacente și nu supurează. (Palparea ganglionilor limfatici – vezi mononucleoza infecțioasă). Se mai pot depista afectări ale organelor interne, manifestate prin miocardită, meningoencefalită, pneumonie, hepatită cu icter, splenomegalie, miozită. La o parte din bolnavi, în a 3–4-a zi de maladie, se depistează erupții maculo-papuloase pe tot corpul. În toxoplasmoza dobândită cronică la femei se determină procese inflamatorii ale organelor genitale (salpingooforite, anexite). Afectarea ochilor se exprimă prin corioretinită centrală de focar, iridociclită, neurită de nerv optic, care conduc la miopie progresivă. Afectarea sistemului nervos central este variată și se poate manifesta prin arahnoidite, sindroame hipertensive, diencefalice sau convulsii.

La bolnavii cu HIV/SIDA manifestarea cea mai frecventă este encefalita cerebrală toxoplasmică.

În toxoplasmoza congenitală, pe lângă semnele descrise mai sus, se mai pot depista hidrocefalie și calcifieri intracerebrale după datele CRT, microcefalie, microoftalmie, semne de oligofrenie, debilitate și idioție, care corelează cu gravitatea dereglărilor neurologice.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Metodele diagnosticului de laborator se bazează pe investigații parazitologice și imunologice.

Diagnosticul parazitologic se efectuează prin microscopie directă și probe biologice. Pentru microscopia directă se prepară frotiuri-amprentă din punctat sau particule bioptice din ganglionii limfatici, amigdale, centrifugat din lichidul cefalorahidian, frotiuri și preparate histologice din fragmente de cadavre (encefal, ficat, splină). În caz de patologie a gravidității, se investighează placentă, membranele fetale, lichidul amniotic. În preparatele colorate după Romanovscki-Gimz toxoplasmele au forma de semi-lună sau de arc. Un pol al celulei este ascuțit, iar celălalt – rotunjit. Nucleul relativ e mare, fiind situat pe centru și ocupă de la $\frac{1}{4}$, la $\frac{1}{3}$ din suprafața ei. Nucleul are o culoare roșie-rubinie, iar citoplasma – albastră. Dimensiunile topice ale toxoplasmei – $4-7 \times 2-4$ mcm (trofozoizi). Ele se multiplică intracelular în toate celulele mamiferelor, cu excepția celor fără nucleu (eritrocitele). Concentrările intracelulare de trofozoizi poartă denumirea de pseudochisturi. Depistarea în preparate a toxoplasmei amplasate în interiorul macrofagilor sau extracelular are o importanță de diagnostic certă.

Chisturile se formează în organismul gazdei și au o capsulă compactă proprie. Au dimensiuni de până la 100 mcm, conținând înăuntru 3000–5000 de paraziți și mai mult. Ele se pot localiza în diferite țesuturi și organe, dar preponderent în mușchi, miocard, sistemul nervos central. Oochisturile reprezintă niște formațiuni ovale cu diametrul de 10–12 mcm. Ele se pot forma în mucoasa intestinului subțire a unor reprezentanți din familia felinelor și se elimină cu dejecțiile.

Izolarea agentului patogen poate fi efectuată prin probe biologice, care se efectuează mai frecvent pe șoareci albi, deoarece la aceste animale de laborator se întâlnește rar toxoplasmoza spontană, ce se poate înregistra la cobai, iepuri și alte animale de laborator. Din materialul steril prelevat (3–4 ml

de sânge, lichid cefalorahidian sau material de la cadavru) se prepară o suspensie în soluție izotonică sterilă de NaCl și se administrează la șoareci, de obicei, intraperitoneal, în doză de 1 ml. Dacă materialul injectat conține toxoplasme, șoarecii dezvoltă o ascită. În a 3–4-a zi după contaminare exudatul peritoneal se colectează într-o eprubetă sterilă și se prepară frotiuri din el, precum și din ficat, splină, plămâni și alte organe ale animalului de laborator, depistându-se intra- și extracelular toxoplasme solitare și în grupuri.

Un rol primordial în diagnosticul toxoplasmozei îl au metodele imunologice : testul de culoare Sabin-Feldman, reacția de imunofluorescență indirectă, de imunofluorescență directă, reacția imunoenzimatică și cea de fixare a complementului.

Testul de culoare Sabin-Feldman pune în evidență anticorpii din clasa IgG și se consideră pozitivă în diluție de 1:4. În formele acute acest test atinge diluția de 1:1000, iar în cele cronice – uneori până la 1:2000, menținându-se la același nivel pe parcursul multor ani. Testul menționat este foarte util în investigația de skreening.

Reacția de imunofluorescență indirectă se pozitivează din prima săptămână de boală, ajungând la maximum (1:1280 – 1:5000) către lunile a 3–4-a ale maladiei. În titru mic (1:10 – 1:40) această reacție poate persista un timp îndelungat (10–15 ani). Pentru infecția acută este caracteristică o creștere a titrului de diagnostic de 4 ori și mai mult.

Reacția imunoenzimatică pentru detectarea claselor IgM și IgG este cea mai sensibilă și mai specifică. Sunt excluse reacțiile fals-pozitive datorită prezenței factorului reumatoid sau anticorpilor antinucleari. Rezultatul pozitiv al unei testări efectuate prin metodele descrise mai sus denotă doar faptul că pacientul a fost infestat cu toxoplasme. Pentru a aprecia durata infestării și evoluarea procesului, este necesar să se efectueze investigarea serurilor-perechi colectate la un interval de 2–3 săptămâni, concomitent prin câteva reacții serologice.

O creștere de 4 ori și mai mult a titrurilor anticorpilor specifici, depistate prin câteva reacții serologice, ne indică activitatea procesului infecțios, iar prezența IgM-anticorpilor specifici – o invazie primară recentă.

Intradermoreacția cu toxoplasmină este considerată pozitivă, dacă la locul de administrare a 0,1 ml toxoplasmină apare o hiperemie și o infiltrație a pielii cu diametrul de 10 mm și mai mare, iar după 48 ore, diametrul infiltratului nu se modifică. Proba devine pozitivă peste 1-2 luni după infectare și se păstrează toată viața.

Reacția de polimerizare în lanț (PCR) ne permite să depistăm acizii nucleici ai Toxoplasmei Gondi și oferă rezultate într-un termen restrâns (câteva ore).

4. Criterii de externare și dispensarizare a convalescenților după toxoplasmoză. Decizia privind tratamentul în staționar și durata acestuia se ia în funcție de forma clinică a maladiei și manifestările ei. Supravegherea de dispensar și tratamentul în condiții de domiciliu se efectuează în Centrele specializate de toxoplasmoză sau la CBI, precum și la specialiștii respectivi în funcție de caracterul patologiei: la neurologi, oftalmologi, obstetricieni, ginecologi, psihiatri, pediatri etc. După suportarea toxoplasmozei acute și subacute, bolnavii se examinează o dată la 3-4 luni în decurs de 1 an, apoi 1-2 ori pe an, dacă e nevoie stringentă. În acest răstimp, pacienții pot fi consultați de diferiți specialiști, în funcție de patologia depistată.

Pesta

1. Criteriile de internare. Bolnavii cu diverse forme de pestă și suspecții la ele se internează obligatoriu în spitalul antipestic, fiind separați după formele clinice. Toți pacienții cu febră, pneumonii, limfadenopatii, simptome de intoxicație din focarele de pestă se internează în spitalul provizoriu, iar cei sănătoși, însă foști în contact cu bolnavii de pestă, se spitalizează

în izolator. Tot personalul medical în aceste spitale activează în costume antipestice.

2. Deprinderi practice clinice. *Determinarea modificărilor cutanate.* În forma cutanată primară, care se întâlnește relativ rar, este caracteristică succesiunea rapidă a stadiilor : maculă, papulă, veziculă, pustulă, ulcer. Ulcerele în pestă se disting prin sensibilitate vădită la durere, evoluție trenantă, vindecare lentă cu cicatrizare.

Palparea ganglionilor limfatici măriți. Semnul major în forma bubonică a pestei este bubonul – o tumefiere dureroasă a ganglionului limfatic. Buboanele sunt mai frecvent solitare, rareori multiple. Localizarea lor e variată, însă locurile de predilecție sunt membrele inferioare (buboane inghinale), mai rar în regiunea axilară și cervicală. Un semn timpuriu al viitorului bubon este sensibilitatea evidentă la durere, care îi impune bolnavului poziții forțate nefirești: membrul inferior flectat și abduș; braț abduș, contraflexia gâtului etc. În primele zile, bubonul se palpează ca o indurație mică, mai târziu se mărește țesutul celular și derma adiacentă se tumefiază, formând aderențe cu el. În proces se antrenează și alți ganglioni de la poarta tributară, formând un conglomerat. Pielea la nivelul lui este roșie și fierbinte la palpare. Bubonul dureros sau indurat treptat devine păstos, apar regiuni de fluctuență. În jurul bubonilor se pot observa vezicule sau pustule cu conținut sangvinolent opalescent. Ulterior fluctuația progresează și bubonul se poate deschide, eliminând cantități mari de puroi dens, verde-gălbui.

Depistarea simptomelor șocului toxiinfecțios (vezi infecția meningococică, salmoneloza). Forma septicemică primară se manifestă cu simptome de șoc toxiinfecțios și concomitent cu cel hemoragic (se produc hemoragii pe piele, mucoase în viscere, rinichi, ficat, intestin etc.).

Depistarea simptomelor de afectare a plămânilor în forma pulmonară primară. Se face percuția topografică și comparativă a plămânilor și auscultația lor. Se determină submatitatea

sunetului percutor, auscultativ – murmurul vezicular este diminuat, se depistează raluri puține la număr, crepitație. Auscultația plămânilor furnizează date oligosimptomatice, incomensurabile cu starea gravă a bolnavului, semn tipic pentru pneumonia pestoasă.

Depistarea semnelor meningiene. În pestă se antrenează în procesul patologic meningele, de regulă, se dezvoltă meningita secundară cu simptome meningiene (vezi infecția meningococică, meningita), ca urmare a bacteriemiei de la nivelul bubonului (forma septicemică secundară).

Îmbrăcarea și dezbrăcarea costumului de protecție antipestică. *Îmbrăcarea:* pijamaua, ciorapii, fonendoscopul, broboada, halatul (special), cizmele de gumă, masca, ochelarii, mănușele, prosopul, șorțul și mânecutele (la prozector). *Dezbrăcarea:* prosopul, șorțul, ochelarii, masca, fonendoscopul, se eliberează mânecile halatului, halatul, broboada, mănușile, cizmele, ciorapii, pijamaua.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Recoltarea materialului pentru examenul bacteriologic.* De la bolnavi, în funcție de forma clinică a maladiei se recoltează exudat din afectul cutanat, aspirat din bubon, puroi, spută, probe tisulare necrotice, LCR. Toate prelevatele se recoltează și se transportă în condiții de maximă securitate, pentru a preveni contaminarea personalului și colectivității. Personalul medical, care recoltează materialul, va fi îmbrăcat în costum antipestic de protecție.

Recoltarea sângelui pentru examenul serologic. Se recoltează din vena cubitală 3–5 ml sânge pentru RHA1, RIA, ELISA la debutul maladiei și peste 2 săptămâni.

Examenul bacteriologic. Se fac frotiuri (examen microscopic) din materialul colectat și se însămânțează pe geloză sânge hemolizat și hiposulfid de sodiu (1:4000) cu stimulatori de creștere. Se incubează culturile minimum 30 ore la t° 37°C sau mai bine la t° 28°C.

Examenul serologic are numai o valoare retrospectivă. Se utilizează reacția de hemaglutinare pasivă (în componența antigenică F₁) cu semnificație diagnostică a titrului anticorpilor 1:16 și creșterea lor în dinamică de cel puțin 4 ori. Testul ELISA pentru anticorpii IgM și IgG față de Y.Pestis. Testul RIA evidențiază anticorpii IgM.

Metoda PCR este un test de mare specificitate în identificarea agentului cauzal din diferite produse patologice, dar mai ales în confirmarea infecțiozității.

Metode clinice generale. Hemograma prezintă o leucocitoză între 15000–25000 mcc, cu deviere spre stânga a formulei leucocitare. Pot apărea reacții leucemoide cu o leucocitoză de 100000 mcc și trombocitopenie moderată. Nivelurile serice a bilirubinei și aminotransferazelor pot fi crescute moderat, se dezvoltă CID cu depistarea produșilor de degradare a fibrino-genului și fibrinei. Radiografiile cutiei toracice ale pacienților cu pestă pulmonară evidențiază, de obicei, infiltrate nesistematizate bronhopulmonare și consolidare lobară sau segmentară, cu sau fără confluență, ocazional se evidențiază formarea unor cavități.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după suportarea pestei. *Regulile de externare.* Convalescenții sunt externați din spital după însănătoșire completă (în forma bubonică – peste 4 săptămâni, în forma pulmonară – peste 6 săptămâni din ziua însănătoșirii clinice) și după ce se constată 3 rezultate negative ale aspiratului din bubon, mucoasa nasofaringelui, spută și materiile fecale recoltate la a 2-4-6-a zi de la finalizarea tratamentului. Extrasul din foaia de observație și diagnosticul clinic detaliat, indicând forma de boală, evoluția, tratamentul și rezultatele examenului de laborator, se expediază managerului CMF de la locul de trai al convalescentului.

Recomandări necesare la externare. Alimentare obișnuită cu includerea produselor bogate în K, Zn. Reîncadrarea rațională în muncă a convalescenților după formele grave de pestă se

realizează prin eliberarea de la lucrul fizic greu, prin practicarea sportului etc. timp de o lună de zile.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. După externarea din spital, în absența unor sechele, convalescenții sunt încadrați imediat în câmpul muncii, indiferent de profesia pe care o exercită.

Dispensarizarea. Convalescenții se vor afla la evidența medicului infecționist sau a celui de familie timp de 3 luni de zile. În caz de unele sechele, convalescenții vor fi supravegheați după 3 luni de medicii specialiști respectivi.

Malaria

1. Criteriile de internare. Toți pacienții cu diverse forme clinice și etiologice de malarie, de asemenea, și suspecții la ele se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase.

2. Deprinderi practice clinice. *Palparea splinei și a ficatului (vezi HV).* Ficatul se mărește după primele accese febrile în toate cazurile, dar, de obicei, nu atinge dimensiuni mari; la palpare are o consistență semidură și puțin sensibilă. Splina poate avea dimensiuni mai mari, dacă pacientul este depistat tardiv.

Determinarea icterului. (vezi HV). Icterul, de regulă, nu este exprimat și are o culoare pal-gălbuie, deoarece în malarie predomină hemoliza hematiilor.

Febra în malarie are un caracter intermitent. Accesul malaric constă din: frison zguduitor, fierbințeală și transpirație abundentă.

Malaria tropică se poate complica prin coma malarică, șoc toxiinfecțios, forma gravă de febră hemoglobinurică. Toate formele de malarie, dacă sunt depistate tardiv, se complică prin anemie.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator în malarie. *Metodele de diagnostic parazitologic.* În diagnosticul de laborator al malariei metodele parazitologice rămân cele mai

principale. Examenul picăturii groase și a frotiului sangvin este indispensabil pentru stabilirea diagnosticului.

Examenul picăturii groase are avantajul de a oferi în același câmp microscopic de 25–50 ori mai mult sânge, decât în frotiul sangvin, permițând depistarea agentului patogen chiar și în cazul unei parazitemii nepronunțate. În același timp, în picătura groasă nu se reușește întotdeauna de a stabili tipul plasmodiului.

Frotiul sangvin permite de a depista particularitățile morfologice ale paraziților și de a identifica agentul patogen. În caz de suspexie la malarie, recoltarea sângelui se poate efectua în orice moment, deoarece paraziții circulă permanent în sângele periferic, deși cantitatea lor maximă se determină la înălțimea febrei ori imediat după frison.

Lamele pentru pregătirea preparatelor trebuie spălate bine și curățite de grăsimi. Recoltarea sângelui se efectuează respectându-se regulile de aseptică. Înțeparea degetului (la copiii mici – lobul urechii, plantele) se efectuează cu scarificatoare jetabile. Prima picătură de sânge se șterge cu vată uscată sterilă, iar următoarea se depune pe lamă prin atingere și apoi se întinde pe ea cu marginea altei lame, formând un disc cu diametrul de 10–15 mm. Grosimea picăturii trebuie să permită de a citi prin ea literele de ziar. Pe o lamă pot fi plasate 2–3 picături de sânge la distanță una de alta. Picăturile trebuie înregistrate, indicând pe lamă numele bolnavului sau numărul de înregistrare. Picătura groasă pregătită se usucă la temperatura camerei nu mai puțin de 2–3 ore. Ulterior ea se colorează după metoda Romanovski-Ghiems cu azur-eozină, având concentrația de 3% (1–2 picături la 1 ml de apă distilată). Picătura groasă se vopsește timp de 15–30 minute. După vopsire, preparatele se spală minuțios cu apă din apeduct. Șuvița de apă nu trebuie să cadă direct pe picătura groasă; evitându-se dezlipirea acesteia. Preparatele se usucă în poziție verticală. Se interzice să fie uscată picătura cu sugativa. La colorarea picăturii în soluții de vopsea cu apă are loc alcalinizarea hemoglobinei din eritrocite, în rezultat ele rămân

invizibile. În picătura groasă pot fi găsite ușor plasmodiile malarice.

Frotiurile subțiri de sânge se prepară după metoda aplicată în examinările hematologice. La pregătirea frotiului, o lamă se axează în fața picăturii de sânge sub un unghi de 45° și după contactul cu ea, printr-o mișcare rapidă, sângele se distribuie uniform între ambele lame, obținându-se frotiul. Frotiurile se fixează, introducându-le în alcool metilic pentru 3 minute sau în cel etilic - timp de 10 minute. Preparatele fixate se usucă la aer, protejându-le de praf și insecte. Ulterior ele se introduc în containere speciale, se vopsesc cu azur-eozină după Romanovski-Ghiems, timp de 20-30 minute, se spală sub jetul de apă. Preparatul se usucă timp de 40-45 minute și se examinează sub microscop. În eritrocitele invadate pot fi văzute plasmodiile malarice cu citoplasma albastră și nucleu roșu-intens, fiind o dovadă a invaziei de plasmodii malarici.

Recoltarea sângelui pentru picătura groasă și frotiu se efectuează în orice perioadă a bolii. În caz de suspecție la malarie și imposibilitate de a efectua de urgență investigațiile de laborator, se prelevează picătura "groasă" și frotiul, apoi fără a aștepta rezultatul, se inițiază tratamentul de urgență, deoarece malariea tropică poate rapid să evolueze spre coma malarică, iar tratamentul tardiv, de regulă, conduce la deces. La persoanele neimune la malarie primele accese se pot manifesta în condițiile unei parazitemii minime, care uneori nu se depistează microscopic. De aceea rezultatul negativ al primei investigații la plasmodii nu ne permite să excludem diagnosticul de malarie. Este necesară examinarea repetată peste fiecare 4-6 ore, timp de 24 ore, până la confirmarea sau excluderea diagnosticului de malarie. Diagnosticul de laborator al sângelui la malarie, în afară de depistarea plasmodiilor, prevede stabilirea intensității parazitemiei, mai ales în cazul malariei tropice. Intensitatea parazitemiei reprezintă numărul de paraziți în picătura groasă sau frotiu în raport cu numărul eritrocitelor în 1 mcl. O

parazitemie cu afectarea a 2% și mai mult din eritrocite permite a diagnostică la bolnav malarie tropică. În cazul intensității parazitemiei de 100.000 în 1 mcl și mai mult sau în afectarea a 5% și mai mare de eritrocite, poate fi prevăzută o evoluție malignă a maladiei. În această situație trebuie efectuată o terapie intensivă de urgență. Caracteristica stadiilor succesive de dezvoltare a plasmodiilor și prezența gametocitelor permit a aprecia durata și gravitatea maladiei.

La *P. vivax*, *P. ovale* și *P. malarie* ciclul întreg de schizogonie eritrocitară se desfășoară în eritrocitele din patul sangvin, din care cauză în el pot fi depistate diferite forme ale parazitului. Gametocitele acestor plasmodii apar în sânge din primele zile ale maladiei. În malarie tropică, în perioadele timpurii, în sânge se depistează paraziți tineri, reprezentați de trofozoizi sub formă de inel, deoarece eritrocitele infestate, care conțin diferiți plasmodii în curs de dezvoltare, se rețin în capilarele organelor interne, unde se termină ciclul de schizogonie eritrocitară.

Plasmodiul *falciparum* în alte stadii de dezvoltare apare în sângele periferic în caz de evoluție malignă a bolii. Dezvoltarea și maturizarea gametocitelor *Pl. falciparum*, de asemenea, are loc în capilarele organelor interne și formele mature sunt asemănătoare cu o semilună, apărând în sângele periferic nu mai devreme de 8-11 zile de la începutul parazitemiei.

Metodele serologice de diagnostic sunt utilizate în depistarea retrospectivă a bolii în cazurile cu parazitemie slabă și la selecționarea donatorilor de sânge pentru prevenirea malariei posttransfuzionale. La noi în țară, deocamdată, reacțiile serologice la malarie nu se efectuează. Sunt utilizate următoarele reacții serologice: RIFI (reacția de imunofluorescență indirectă), RHAI (reacția de hemaglutinare indirectă), RAME (reacția de aglutinare a anticorpilor marcați cu enzime). Cel mai frecvent se utilizează RIFI, în care anticorpii se depistează în a 2-3-a săptămână de boală cu titrul semnificativ de 1:60, păstrându-se pozitivă în decurs de mai mulți ani după vindecare. Titrul

semnificativ în RHA1 este de 1:40. În RAME se utilizează antigenul solubil din paraziți eritrocitari marcați cu enzime. Actualmente sunt în curs de elaborare test-sisteme imunoenzimatiche pentru depistarea antigenului Pl.falciparum.

Metodele clinice generale de diagnostic. În hemoleucogramă la bolnavii de malarie se depistează o anemie hipocromă, dar în primele zile ale maladiei ea poate să nu se manifeste. Este caracteristică o reticulocitoză, ca un semn al activării compensatorii a eritropoezei, leucopeniei, hipoeozinofiliei, neutropeniei cu devierea formulei leucocitare spre stânga. Depistarea leucocitozei este un semn al evoluției grave, maligne a maladiei. VSH în perioadele timpurii este normală, dar crește în caz de evoluție îndelungată. Afectarea ficatului e marcată de creșterea activității ALAT, a bilirubinei și fosfatazei alcaline. Creșterea nivelului bilirubinei totale, cât și a fracției indirecte, este și o urmare a hemolizei eritrocitelor, ce conduce la o majorare mai semnificativă a acestor indici.

Colectarea sângelui pentru investigațiile de laborator. Pentru examinările biochimice sângele se colectează dimineața, înainte de masă, din vena cubitală, câte 5–7 ml într-o eprubetă curată, scriindu-se datele despre bolnav și expediindu-se în laborator. Pentru examinarea serologică, sângele în cantitate de 3–4 ml se va colecta în mod analogic, însă într-o eprubetă sterilă și, de asemenea, se va expedia în laborator.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după suportarea malariei. *Regulile de externare.* Convalescenții sunt externați după finisarea tratamentului, având 2–3 analize negative de examinare a frotiului și picăturii groase la plasmodii malarici.

Recomandări la externare. Persoanele cu dereglări ale funcției ficatului vor respecta dieta corespunzătoare timp de 12 luni. Evitarea lucrului fizic greu și a încordării psihice se recomandă timp de 6 luni.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă. Buletinul pentru vacanța de boală li se prelungește convalescențelor timp de o zi, ulterior prezentându-se în Centrul medicilor de familie, unde infecționistul din CBI îl va prelungi în funcție de starea pacientului.

Supravegherea de dispensar a convalescențelor și purtătorilor de plasmodii este efectuată timp de 2 ani de medicul-infecționist sau de medicul de familie. Persoanele sosite din țările endemice trebuie supuse dispensarizării, de asemenea, pentru un termen de 2 ani. Convalescenții și persoanele sosite din țările endemice sunt examinate privind malariala la fiecare apariție a febrei.

Infecția HIV / SIDA

1. Criteriile de internare. Toți pacienții cu diverse forme și stadii clinice de HIV/SIDA, inițial depistați, se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase ori în secții speciale pentru stabilirea corectă a diagnosticului și prescrierea tratamentului antiretroviral. Ulterior acest tratament îndelungat pacienții îl urmează în CMF, sub supravegherea medicului-infecționist sau de familie.

2. Deprinderile practice clinice. *Depistarea ganglionilor limfatici măriți.* În HIV-infecție, în funcție de stadiul maladiei, se măresc ganglionii limfatici cervicali, submandibulari, axilari, cubitali, inghinali, având dimensiuni 1-3 cm, indolori, nu aderează între ei și cu țesuturile adiacente, tegumentele lor sunt intacte .

Palparea ficatului și a splinei. În HIV- infecție, de regulă, se mărește ficatul și splina în volum (vezi HV).

Examinarea cavității bucale. Se determină hiperplazii nasofaringiene ale țesutului limfatic. Amigdalele sunt tumefiate, hiperemiate. Se poate depista leucoplachia păroasă a limbii, candidoza orală (pseudomembranoasă, atrofică, eritematoasă, hiperplazică, angulară), ulcerări aftoase recidivante, gingivită

eritematoasă liniară, gingivite ulceronecrotice extensive, xerostomie.

Depistarea erupțiilor. În HIV - infecție pot să apară erupții rubeoliforme, rujeoliforme, mononucleoziforme etc., în stadiul de primoinfecție. În stadiile mai tardive apar diferite erupții pe mucoase și tegumente.

Determinarea semnelor meningiene. Infecția acută HIV se poate manifesta cu simptomatologia unei meningite seroase. Meningita și meningoencefalita pot apărea și în stadiile tardive, fiind provocate de diferiți agenți ai maladiilor oportuniste.

Determinarea simptomului Jordani (Pasternački, vezi leptospiroza). În infecția acută se determină simptome de nefropatie.

Indicații pentru testarea persoanelor suspecte la infecția HIV/SIDA:

a) *Indicații epidemiologice:* apartenența la grupurile de risc (sex comercial, homo sau bisexuali, migranți, tineri sexual activi, persoane care s-au aflat peste hotare pe un termen mai mare de 3 luni de zile; raporturi sexuale cu parteneri necunoscuți, cu bolnavi de maladii venerice, cu consumatori de droguri, cu parteneri de peste hotare; administrarea drogurilor intravenoase; persoana în cauză este recipient de sânge, țesuturi, organe sau suferă de hemofilie.

b) *Indicații clinice:* bolnavii cu maladii SIDA indicatoare și/sau două și mai multe semne clinice din grupa de simptome clinice principale; unul sau mai multe simptome clinice din grupa celorla mai puțin importante.

c) *Maladii SIDA-indicatoare:* candidoza traheală, bronșică, pulmonară, esofagiană; coccidomicoza diseminată sau extrapulmonară; cryptococoza extrapulmonară; cryptosporidioza intestinală cronică cu durata de peste o lună; retinita produsă de virusul Citomegalic sau alte localizări ale acestuia în afară de ficat, splină, ganglioni; encefalopatia de etiologie HIV; infecția cu virusul herpetic Simplex sau Zoster, cu ulcer muco-cutanat, având o durată de peste o lună; bronșită, pneumonie, esofagită

herpetică; histoplasmoza diseminată sau extrapulmonară; izosporidiază cronică cu durată de peste o lună; sarcomul Kaposi; limfomul Burkitt, imunoblastic, primar cerebral; infecția cu Mycobacterium avium sau Mycobacterium Kansasiense diseminată sau extrapulmonară; infecția cu Mycobacterium tuberculosis pulmonară sau extrapulmonară; pneumonia determinată de Pneumocystis Carinii; pneumonia recurentă cu două sau mai multe episoade într-un an; leucoencefalopatia multifocală progresivă; bacteriemia recurentă cu Salmonella; toxoplasmoza cerebrală; sindromul de istovire indus de HIV.

d) *Semnele clinice principale*: pierderea în greutate superioară a 10% din greutatea corporală, diareea cronică inexplicabilă cu durată de peste o lună; febra prelungită inexplicabilă, cu durată de peste o lună.

e) *Semne clinice mai puțin importante*: hipertrofia ganglionară a două sau mai multor grupuri (cu excepția grupului inghinal), cu durată de peste 3 luni; candidoza orofaringiană, vulvo-vaginală, cu durată de peste o lună și care răspunde greu la tratament; displazia cervicală severă sau carcinom in situ; boala inflamatorie pelviană în special, dacă este complicată cu abcese; anginomatoza bacilară; purpura trombocitopenică idiopatică; leucoplachia păroasă a limbii; neuropatia periferică; herpesul Zoster cu cel puțin două episoade, cu mai mult de două dermatoame.

Determinarea modificărilor hematologice. În HIV- infecție se determină anemie, leucopenie, limfopenie, neutropenie și trombocitopenie.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Determinarea acizilor nucleici virali.* Amplificarea genică (PCR – Polymerase Chain Reaction – sau amplificarea multienzimatică de tip NASBA) se bazează pe folosirea unor praimeri cunoscuți pentru identificarea secvențelor de ADN proviral sau ARN genomic HIV. Se recoltează 5 ml sânge din vena cubitală.

Testul PCR cantitativ pentru ARN-HIV (numărul de copii HIV-ARN din plasmă sau încărcătura virală) este extrem de util în monitorizarea evoluției maladiei, formularea prognosticului și urmărirea răspunsului la terapia cu preparate antivirale. Rezultatele se exprimă în copii /ml. Testele uzuale detectează < 400 copii, iar cele sensibile 20–50 copii/ml. Se recoltează 5 ml de sânge din vena cubitală.

Determinarea antigenului P₂₄ pentru o perioadă de câteva săptămâni, chiar până la câteva luni (3–6 luni) după infectare anti-HIV nu pot fi detectați (fereastra imunologică). În această perioadă infecția poate fi confirmată prin detectarea antigenului viral (Ag P₂₄). Determinarea Ag P₂₄ se efectuează prin teste imunoenzimatiche (ELISA), folosind anti – P₂₄. Deși numai 20–30% din persoanele infectate cu HIV au antigenul detectabil, el rămâne util de investigat la persoanele suspecte la infecția HIV acută sau cu debut recent, la care anticorpilor pot lipsi. La un bolnav cu infecție HIV acută, care are niveluri detectabile de Ag P₂₄, ELISA, reacția poate fi – negativă sau pozitivă, Western-blot – negativă ori indeterminantă.

Cultura virală. Mononuclearele din sângele periferic ale persoanei investigate sunt co-cultivate cu limfocite stimulate cu PHA, provenind de la un donator sănătos. Prezența HIV este confirmată prin determinarea în supernatantul culturii a antigenului P₂₄ sau a unei activități de reverstranscripție în mediul de cultură. Sensibilitatea culturilor variază între 10–100%, dar specificitatea este aproape 100%. Testul nu este disponibil, decât în laboratoare hiperspecializate.

Detectarea anti-HIV specifici. În mod curent, determinarea anti-HIV se face prin teste imunoenzimatiche (ELISA), care pune în evidență anticorpilor totali față de HIV. Testul este rapid și relativ ieftin, sensibil și specific, dar totuși există unele carențe, care reies din faptul că se folosește în calitate de antigen-țintă lizatul viral brut. Confirmarea cazurilor individuale de infecție HIV detectate prin testul ELISA este acceptată numai după

obținerea testului Western-blot pozitiv. El este bazat pe punerea în contact a serului pentru investigare de la bolnavul suspect la HIV cu antigenul HIV purificat, separat prin electroforeză, transferat pe hârtie de nitroceluloză și incubat. Testul serologic expus mai sus poate fi uneori negativ, mai ales între momentul infectant și până la a 6-12-a săptămână, uneori și mai târziu – până la a 6-a lună (fereastra imunologică).

Determinarea modificărilor imunologice. Modificările imunologice se datorează limfotropismului virusului HIV, care are ținta principală – limfocitele T₄ (helper), distrugerea cărora conduce la dereglarea funcțională, a statutului imun, provo-când modificări caracteristice. Pentru depistarea modificărilor imunologice se efectuează următoarele teste:

a) Determinarea numărului limfocitelor și importanța lor clinică. Numărul limfocitelor permite repartizarea bolnavilor în categorii imunologice, orientează diagnosticul diferențial, oferă o bază rațională pentru inițierea tratamentului antiviral și a profilaxiei infecțiilor oportuniste, fiind un bun indicator în pronosticul maladiei (valori normale 500–1500 mm³);

b) Determinarea numărului leucocitelor. Pentru HIV/SIDA este caracteristică o leucopenie mai mică de 4000 leucocite;

c) Determinarea numărului trombocitelor. Este caracteristică trombocitopenia sub 100000;

d) Determinarea imunității celulare: anergia cutanată la tuberculină, candidă etc; limfopenia T₄ (< 400 mm³); diminuarea raportului T₄ / T₈ (subunitar); diminuarea răspunsului limfocitelor la mitogeni;

e) Imunitatea umorală se caracterizează prin hipergamaglobulinemie.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a persoanelor cu infecția HIV/SIDA. Durata spitalizării bolnavilor cu HIV/SIDA va depinde de stadiul maladiei și al bolilor oportuniste. Externarea pacienților va fi efectuată în funcție

ameliorarea stării generale și de regresul sau vindecarea bolilor oportuniste principale.

Pacienții cu infecția HIV, stadiul de primoinfecție acută, seroconversie sau limfadenopatie generalizată după externare, pot fi angajați imediat în câmpul de muncă, urmând tratamentul antiretroviral în condiții de ambulator, sub supravegherea medicului de familie și a infecționistului din CBI. Aceeași atitudine poate fi adoptată și față de bolnavii cu infecția HIV, stadiul complex – SIDA asociat. Ei pot fi externati, având buletinul vacanței de boală deschis, pentru a fi prelungit de medicul de familie ori infecționistul din CBI, în funcție de complicații sau maladiile asociate, nevindecate definitiv.

Bolnavii cu SIDA propriu-zisă pot fi externati, dacă se constată o ameliorare evidentă sau la insistența pacientului ori a rudelor. De regulă, acești pacienți sunt posesori ai grupului de invaliditate. Dacă nu au fost grupați, ei se îndrumază pentru a li se conferi acest grup, prelungindu-li-se tratamentul la medicul de familie sau la infecționistul din CBI, de asemenea, și la medicii specialiști, în funcție de prevalarea maladiei oportuniste.

Dispensarizarea. Pacienții cu infecția HIV în stadiul de primoinfecție, seroconversie, limfadenită generalizată, stadiul SIDA-complex asociat, precum și în SIDA propriu-zisă, se dispensarizează de către personalul Centrului medicilor de familie, în special, de infecționistul CBI pe parcursul vieții, cu o frecvență de o dată în 3 luni (de 4 ori în an) și în caz de necesitate.

Persoanele seropozitive în ELISA și suspecte pozitive în WB se dispensarizează de către personalul Centrului medicilor de familie, în special, de infecționistul CBI pe parcursul unui an, cu o frecvență de 4 ori (o dată în trimestru) și în funcție de dereglarea sănătății, fiind repetate reacțiile serologice și alte probe.

Persoanele ce au avut contacte sexuale cu cele seropozitive la HIV vor fi supravegheate dispensaric la depistare, apoi peste 3; 6

și 12 luni (pe parcursul unui an) de la ultimul contact sexual, de către medicii din Centrele medicilor de familie, repetându-li-se probele de laborator.

Contactanții cu HIV-infectați din rândurile personalului medical vor fi supravegheați dispensaric la depistare, peste 3; 6; 12 luni (timp de un an) de către același personal din Centrele medicilor de familie obligatorie cu repetarea a probelor de laborator.

Contactanții de domiciliu vor fi supravegheați la depistare și în caz de necesitate de către același personal din Centrele medicilor de familie obligatorie cu investigarea probelor de laborator.

Febrele hemoragice

1. Criteriile de internare. Toți bolnavii cu diverse forme clinice și etiologice de febre hemoragice și suspecții la ele se internează obligatoriu în secțiile de boli infecțioase. Bolnavii cu febrele hemoragice de Marburg, Lassa, Ebola se izolează în boxe separate sau în cabine de plastic ori steclo-metalice cu sisteme de asigurare vitală autonomă. Personalul medical, care îngrijește acești pacienți, este îmbrăcat în haine de protecție.

2. Deprinderi practice clinice. Unul din semnele de bază, care necesită o atenție deosebită, este exantema. Frecvența erupțiilor variază între 22–95%. Erupțiile, de obicei, apar peste 3–5 zile de la debutul maladiei, sunt localizate pe părțile laterale ale toracelui, în regiunea claviculelor, în fosele axilare, pe suprafețele mediane ale membrelor și coapselor. Ele pot fi sub formă de rozeole, purpură, însă mai frecvent în formă de peteșii, uneori – de erupții hemoragice de dimensiuni majore, însoțite de alte manifestări ale sindromului hemoragic și intoxicație generală pronunțată.

În febra hemoragică cu sindrom renal erupțiile au, de obicei, un caracter peteșial, rar sub formă de hemoragii majore, apar la

3-5-a zi a maladiei. Ele sunt localizate pe părțile laterale ale toracelui, în regiunea claviculelor, pe fosele axilare, pe spate. După apariția erupțiilor se intensifică alte fenomene hemoragice: micro- și macrohematurie, hemoragii nasale, pulmonare, gastrice, intestinale, conjunctivale, sclerale. Este posibilă dezvoltarea miocarditei și, în special, a nefrozo-nefritei cu declanșarea insuficienței renale.

În febra hemoragică de Krimea-Congo erupțiile se manifestă în 85% de cazuri, fiind sub formă de purpură și rozeole. Se determină o hiperemie pronunțată a feței, gâtului, conjunctivelor, sclerelor. Este caracteristică dezvoltarea sindromului hemoragic, mai ales afectarea tractului gastrointestinal (hemoragii gastrale, intestinale etc.).

În febra hemoragică de Omsk erupțiile se manifestă mai rar, decât în febrele menționate mai sus și, de obicei, nu sunt abundente. Apar frecvent pneumonii atipice deseori cu sindrom hemoragic. Mai sunt prezente deseori limfadenite cervicale, submaxilare și meningoencefalita.

În febrele hemoragice sud-americe (argentiniană, boliviană) erupțiile după caracter, localizare, termenele de apariție sunt similare cu cele din alte febre hemoragice. Este pronunțat sindromul de intoxicație generală cu dezvoltarea stărilor de șoc. Sindromul hemoragic se manifestă prin hemoragii gastrointestinale și pulmonare. În febra hemoragică argentiniană, spre deosebire de altele, uneori apare deshidratarea ca rezultat al vomelor abundente și diareei pronunțate. Mai este posibilă dezvoltarea insuficienței renale acute.

În febra hemoragică de Lassa erupțiile apar pe corp după 7-8 zile de la debutul bolii, fiind mai des mixte (macule, papule, rozeole), iar în cazurile grave - peteșii și echimoze. Deseori se dezvoltă faringita și stomatita ulcero-necrotică, apar bronhopneumonii, pleurezii, miocardite, icter, encefalite, sindromul hemoragic sub formă de hemoragii gastrointestinale, fiind însoțite de insuficiență hepato-renală acută.

În febra hemoragică de Ebola erupțiile mai frecvent sunt rujeoliforme, uneori veziculoase, apărând peste 4–5 zile de la debutul maladiei și menținându-se 1–9 zile. Exantema, de obicei, este răspândită, dar mai bine se evidențiază pe membre și pe porțiunea inferioară a abdomenului. Sindromul hemoragic se manifestă prin scaun sub formă de melenă, vomă sangvinolentă, epistaxis, metroragii etc.

În febra hemoragică de Marburg erupțiile se ivesc peste 5–7 zile de la debutul maladiei și au mai frecvent un caracter maculo-papulos. Uneori apar vezicule unice cu aceeași localizare tipică pe părțile laterale ale cutiei toracice, pe suprafața mediană a membrelor superioare. Este caracteristică voma, diareea, care conduc la dezvoltarea deshidratării.

În febra galbenă exantema nu este un semn permanent, însă totuși apariția e posibilă sub formă de peteșii și echimoze, începând în a 5–6-a zi a maladiei. Este caracteristic aspectul bolnavului, care a fost numit „mască amarilă”: fața împăstată, cu nuanță roșie-cianotică, ce exprimă neliniște, ochi strălucitori, conjunctivită, fotofobie și lăcrimare. La o parte din bolnavi este mărit ficatul, splina, devine pozitiv simptomul Pasternatki, apar semne de șoc toxiinfecțios, hipovolemic sau hemoragic, simptome de insuficiență renală sau renalo-hepatică.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *În febra hemoragică cu sindrom renal* rezultatele investigațiilor de laborator depind de perioada maladiei. În primele zile ale maladiei hemoleucograma se caracterizează printr-un număr normal de leucocite, devierea formulei leucocitare în stânga, prezența celulelor plasmaticice și VSH normală. În următoarele zile se dezvoltă o leucocitoză cu o deviere pronunțată a formulei leucocitare în stânga, crește numărul de celule plasmaticice până la 10% și mai mare, crește VSH. În legătură cu hemoconcentrarea, se mărește conținutul de hemoglobină și eritrocite, scade numărul de trombocite. Aceste modificări se înregistrează în perioada febrilă a maladiei cu manifestări maxime în perioada oligurică (în

a 5-9-a zi de boală). Începând cu a 2-3-a zi a maladiei, scade densitatea relativă a urinei, apare albuminuria, care în majoritatea cazurilor rapid devine pronunțată, apare microhematuria, precum și o cantitate importantă de cilindri, și celule de epiteliu renal. Uneori apar cilindri „de fibrină”. În sânge crește concentrația azotului neproteic, a creatininei, ureei, se dezvoltă o hipercaliemie. Modificările indicate sunt deosebit de pronunțate în perioada oligurică. Diagnosticul se confirmă prin depistarea anticorpilor specifici din clasa IgM către virusul Hantooan prin metoda imunofermentativă.

Febra hemoragică de Krimea-Congo se caracterizează printr-o leucopenie și trombocitopenie pronunțate, prin dezvoltarea unei anemii hipocrome. În urină se depistează frecvent albuminuria și microhematuria. Diagnosticul se confirmă prin depistarea anticorpilor specifici din clasa IgM către virusul febrei hemoragice Krimea-Congo prin metoda imunoenzimatică.

Febra galbenă se caracterizează prin normocitoză sau leucopenie, proteinurie în funcție de gravitatea și afectarea ficatului, de asemenea, prin creșterea pronunțată a activității alaninaminotransferazei în legătură cu necroza hepatocitelor. În cazul evoluției grave a maladiei, însoțite de hemoragii, scade indicele protrombinei, crește timpul de coagulare a sângelui, se dezvoltă hipoglicemia, crește concentrația azotului neproteic în sânge și a kaliului. Diagnosticul se confirmă prin depistarea din primele zile ale maladiei a anticorpilor din clasa IgM către agentul patogen prin metoda imunoenzimatică.

Febra de Lassa se caracterizează prin normocitoză sau o leucocitoză concomitent cu devierea formulei leucocitare în stânga și o proteinurie pronunțată. În caz de insuficiență renală, în sânge crește concentrația ureei. Afectarea ficatului, duce la creșterea activității aminotransferazelor sangvine, la scăderea nivelului protrombinei. Activitatea aspartataminotransferazei este dependentă de gravitatea maladiei și are o importanță de pronostic. Diagnosticul se confirmă prin depistarea în sânge a

anticorpilor din clasa IgM către virusul febrei de Lassa prin metoda imunoenzimatică, precum și prin izolarea virusului din sânge și urină, care poate fi efectuată doar în laboratoare, ce au reagenți și echipament special de protecție.

Febrele de Marburg și Ebola sunt provocate de flavivirusuri și se caracterizează prin modificări asemănătoare ale indicilor de laborator. În sângele periferic din prima zi a maladiei se depistează o leucopenie pronunțată până la 1000 în 1 mcl și trombocitopenie, care pe parcursul săptămânii a doua de boală ating 10 mii în 1 mcl. Se dezvoltă o proteinurie, hipoproteinemie și azotemie, crește activitatea aminotransferazelor în sânge. Diagnosticul se confirmă prin izolarea virusului sau serologic după creșterea titrului de anticorpi în serurile-perechi, depistat prin metoda imunoenzimatică. Prelevarea și transportarea materialului de la bolnavi sau suspecți la febrele de Marburg și Ebola se efectuează prin respectarea strictă a regimului antiepidemic (sterilitate, ambalare ermetică, transport special cu însoțitor), iar cercetările se efectuează în laboratoare virusologice speciale cu protejarea maximă a personalului.

Febra hemoragică de Omsk, provocată de un flavivirus, se caracterizează prin leucopenie. Se pot depista modificări în urogramă. Diagnosticul se confirmă prin depistarea creșterii titrului de anticorpi în RFC și metoda imunoenzimatică

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după suportarea febrei hemoragice. Externarea bolnavilor, ce au suportat febrele hemoragice, se efectuează după dispariția semnelor clinice și normalizarea indicilor de laborator, care caracterizează funcția organelor afectate în lipsa contagiozității bolnavului. Dispensarizarea bolnavului se efectuează de către medicul infecționist, fiind antrenați după necesitate și alți specialiști.

Helmintiazele

1. Criteriile de internare. De regulă, majoritatea pacienților cu helmintiaze se tratează în condiții de ambulator sau în staționarul antihelmintiazic de zi. Pot fi spitalizați în secțiile de boli infecțioase pacienții cu: trichineloză, strongyloidoză, alveococoză, opistorchoză, echinococoză, cisticercoză, uneori și cu teniază, teniarincoză, difilobotrioză.

2. Deprinderi practice clinice. *Depistarea simptomelor clinice:*

a) examenul materiilor fecale pentru a vizualiza macroscopic paraziții (în ascaridioză, dracunculoză, enterobioză), proglote sau scolex (în teniază, teniarincoză, difilobotrioză), larve (în strongyloidoză);

b) prurit al tegumentelor în regiunea perianală. Femela *Enterobius vermicularis* iese prin orificiul anal, depunând oușoare în plicile perianale, pacienții acuzând usturime și prurit în regiunea perianală. Aceste semne apar preponderent în timpul nopții, dar la o invazie mai masivă, pruritul devine permanent, insuportabil, care deranjează bolnavii nu numai noaptea, dar și ziua, răspândindu-se pe perineu, organele genitale, femur și abdomen. Pruritul cutanat permanent impune bolnavul de a-și scărpinga frecvent locul respectiv, ce favorizează apariția diferitelor leziuni (eroziuni, fisuri) în regiunea perianală cu dezvoltarea dermatitei și a piodermiei. Pruritul se mai întâlnește și în teniarincoză, fiind determinat de ieșirea proglotelor prin orificiul anal, preponderent noaptea;

c) determinarea afectării pielii în regiunea perianală și gluteală, care se manifestă prin erupții liniare sau bule, provocate de larvele *Taenia saginatum* și *Strongyloides stercoralis*. În dracunculoză se observă erupții toxicoalergice (urticarii, edem facial, hiperemia mucoaselor). Reacții alergice cu urticarii pe piele se mai determină în metagonimiază, în onchocercoză „râia filariană”;

d) depistarea pneumoniei helmintiazice clinic (tuse uscată sau sanguinolentă, dureri în piept, dispnee, se determină raluri umede) și radiologic: în pulmoni se depistează multiple infiltrate migratoare Löffler, care sunt instabile, cu o configurație și dimensiuni schimbătoare, mai frecvent multiple. Pneumonia se poate dezvolta în ascaridioză, anchilostomiază, strongyloidoză, trichineloză, paragonimiază (bronșiectazii);

e) determinarea miocarditei clinic (zgomote cardiace asurzite, tahicardie, aritmie, sufluri) și paraclinic (ECG) în trichiniloză, echinococoză și cisticercoză.

Depistarea anemiei feriprive clinic și paraclinic, care se dezvoltă în faza tardivă în multiple helmitiaze.

Depistarea leziunilor oculare. Se dereglează mobilitatea globilor oculari, apar dureri orbitale, edem al pleoapelor, hemoragii sclerale (ochi de iepure) în trichineloză, loaiază.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. *Tehnica colectării materialului pentru examenul de laborator.* Pentru depistarea helmiților, proglotelor, larvelor sau oușoarelor se examinează materiile fecale, urina, sângele, sputa, mucozitatea rectală și perineală, sucii duodenali. Materiile fecale se colectează din diferite locuri în porțiuni mici a câte 15–25 g, într-un vas de sticlă curat, de masă plastică ori într-o cutie de chibrituri și se expediază în laborator. Probele de urină, bilă, spută etc. se recoltează în vase de sticlă și se expediază în laborator. Materialul recoltat este însoțit de buletinul de cerere de analiză, care va cuprinde neapărat: identitatea pacientului (nume, prenume, vârsta), produsul trimis, data recoltării, diagnosticul, cererea explicită privind paraziți ce trebuie investigați. Mai frecvent sunt examinate materiile fecale pentru depistarea oușoarelor de helminți. Obținerea unui rezultat negativ nu permite a exclude diagnosticul de helmintiază, e necesar să se recolteze materiile fecale pe parcursul a 3–5 zile pentru excluderea acestui diagnostic.

Colectarea materialului prin biopsie musculară. Mai frecvent este utilizată în trichineloză la a 3-a și a 4-a săptămână de boală, recoltându-se fragmentul muscular (după o prelucrare cu o soluție dezinfectantă – alcool și incizie) de preferință din : deltoid, biceps, gastrocnemian, marele pectoral, mușchiul silear sau de lângă tendonul achilian. Fragmentul de mușchi excizat se examinează la microscop sau la trichinoscop, evidențiindu-se larva răsucită sub formă de spirală în fibrele musculare, precum și leziunile de miozită indusă de prezența larvelor în fibrele musculare.

Examenul macroscopic al scaunului. Metoda sedimentării. Dacă se suspectă o parazitoză intestinală, scaunul se recoltează într-un vas cu capacitatea de 500–1000 ml , se acoperă cu apă, se omogenizează cu o baghetă de sticlă, se lasă să se sedimenteze și apoi se decantează supranatantul. Se adaugă apă și se repetă operația, până când supranatantul rămâne transparent și pe fondul vasului rămân eventual paraziți, care pot fi examinați direct sau după ce au fost transferați într-o cutie Petri.

Metoda de cernere. Materiile fecale diluate în apă se toarnă în sita unui aparat, care constă dintr-un sistem de site cu găuri, ce descresc în diametru, se unește cu robinetul și se spală, apa menajeră fiind eliminată. Helminții cu dimensiuni mai mari se rețin în sita superioară, iar cei cu dimensiuni mai mici – în cea inferioară. Sitele se întorc cu fundul în sus, spălându-se conținutul în niște ulcele întunecate. Ultimele se examinează direct sau cu lupa.

Examenul microscopic. Frotiul nativ. O cantitate mică de fecale se amestecă riguros pe o lamă cu o picătură de soluție de 50% de glicerină în apă potabilă sau fiartă până se obține un frotiu omogen și străveziu. Amestecul obținut se acoperă cu lamela și se examinează sub microscop (se examinează 2 frotiuri).

Frotiul gros cu celofan (Metoda Kato). Principiul metodei: oușoarele helminților se observă în frotiul gros de fecale, limpezit

cu glicerină și colorat cu verde de malahit. Este mai eficientă decât metoda frotiului nativ, dar ambele metode au o eficacitate redusă.

Metodele calitative de îmbogățire:

a) *Metoda Fiulleborn* este o investigație de îmbogățire prin flotație. Materiile fecale se omogenizează cu o soluție salină (NaCl) cu o densitate mare (1,2). Pentru efectuarea acestui examen se recoltează 2–3 g fecale într-un vas de sticlă cu volumul 20–50 ml, adăugându-se soluție salină de NaCl, care a fost obținută în rezultatul fierberii a 40 gr NaCl la un litru apă, până la apariția cristalelor (soluție salină saturată). Oușoarele cu o densitate până la 1,2 se ridică la suprafață. Cu o bandă de hârtie imediat se recoltează componenții cu dimensiuni mai mari de la suprafața supranatantului, apoi se introduce o foaie (dreptunghi) de celofan, pe care se culege peste 40–60 minute și se pune pe o lamă, aplicându-se o picătură de soluție de glicerină 50% și se fac 4 frotiuri. Supranatantul se elimină și din precipitat se mai fac încă 4 frotiuri, deoarece oușoarele cu greutatea mai mare de 1,2 pot fi în precipitat.

b) *Metoda Kalantarean*. Este o metodă de îmbogățire prin flotație, dar mai eficientă decât cea a lui Fiulleborn. Soluția concentrată de NaCl este înlocuită cu cea suprasaturată de azotat de sodiu (selitră), având densitatea specifică 1,4. Oușoarele tuturor helmintilor se ridică la suprafață, examenul precipitatului fiind inoportun. Totodată, microscopia frotiurilor se efectuează peste 15–20 minute.

Evidențierea larvelor în materiile fecale se poate face doar după 5–7 zile, când acestea părăsesc oușorul. Acesta se realizează, folosindu-se metode larvoscopice, care permit decelarea larvelor datorită termo- și hidrotropismului lor (Metoda Baerman), metode de cultivare a larvelor pe bandele de hârtie de filtru (metoda Harada – Mori) sau metoda culturilor de cărbune, în cutii Petri închise.

Metode speciale de recoltare a ouşoarelor de helminţi (raclaj din regiunea anală şi pliurile anale). Recoltarea se face din regiunea sau pliurile anale, la copii şi de sub unghii, deoarece ei se pot scărpi în timpul nopţii în regiunea anală pruriginoasă. Pentru recoltare se foloseşte, de obicei, următoarea tehnică: dimineata, înainte de defecare şi de toaletă, se aplică pe regiunea anală şi pliurile ei o bandă adezivă transparentă („scotch”), de care vor adera ouşoarele; banda este aplicată apoi pe o lamă portobiect, pe care se pot pune în prealabil 1–2 picături de xilol sau de glicerină pentru clarificare. Se examinează lama la microscop. În lipsa bandei adezive, se poate recolta cu un tampon montat, acoperit cu o foaie de celofan, umezit uşor prin muiere în apă imediat înainte de aplicare. După recoltare se taie o bucată din celofanul venit în contact cu regiunea anală şi se aplică cu faţa în jos cu ajutorul unei pense pe o lamă portobiect, pentru a fi examinată microscopic.

Depistarea ouşoarelor de helminţi în conţinutul duodenal şi bila. Conţinutul duodenal şi bila (toate porţiunile) se obţin prin sondarea cu ajutorul sondei subţiri de cauciuc cu olivă. Din porţiunile obţinute se înlătură toţi fulgii, incluziunile dure, apoi se examinează sub microscop, ulterior se toarnă în eprubete, unde se adaugă în volum egal eter sulfenic, se centrifughează şi se examinează precipitatul.

Testul intradermal cu antigen de trichinelă, ascaridă (dihuat 1/10000) este o reacţie de hipersensibilitate, devine pozitivă din a doua săptămână de boală şi rămâne pozitivă mai mulţi ani. Astfel, o reacţie pozitivă nu confirmă o infestare recentă, fapt care se utilizează numai în studii epidemiologice. Reacţia se efectuează cu martor şi apare pozitivă în 85% din cazuri. Intradermoreacţia Cassoni se utilizează în echinococoză.

Diagnosticul imunologic se bazează pe decelarea anticorpilor specifici circulanţi. Se utilizează o mare varietate de teste serologice, care sunt utile pentru diagnostic, cu condiţia repetării lor

(pentru a se urmări creșterea titrului de anticorpi). Se recoltează 3–5 ml sânge din vena cubitală, utilizându-se următoarele reacții:

- reacția de precipitare în inel – pentru diagnosticul trichinelozei și cisticercozei;

- reacția de microprecipitare a larvelor – în diagnosticarea trichinelozei și ascaridiozei;

- reacția de hemaglutinare indirectă – în trichineloză, echinococoză, alveococoză, cisticercoză;

- reacția de latexaglutinare – în echinococoză, alveococoză, teniarinchoză, trichineloză;

- reacția de fixare a complementului – în trichineloză, echinococoză, cisticercoză;

- reacția anticorpilor enzimatici marcați – în echinococoză, șistosomiază, toxocaroză, trichineloză;

- ELISA se evidențiază anticorpii specifici IgM și IgG – în strongyloidoză, trichineloză, filarioză, onchocercoză, fascioloză, echinococoză;

- reacția de imunofluorescență indirectă – în strongyloidoză, trichineloză, filarioză, onchocercoză, etc.;

- PCR prezintă o importanță deosebită, deoarece decelează ADN-ul parazitului – în trichineloză, filarioză, echinococoză, toxocaroză etc.

Examenul sângelui periferic pentru evidențierea microfilarilor. Sângele recoltat se cercetează prin examen direct al preparatului proaspăt, în care se pot evidenția microfiliariile mobile completat de un frotiu sangvin și o picătură groasă, colorate după Giems, în vederea studierii caracterelor morfologice distincte ale microfilarilor. Deoarece deseori microfiliariile sunt în număr redus în sângele periferic, se recurge la tehnici de concentrare prin centrifugare sau filtrare. După o prealabilă hemoliză a eritrocitelor cu o soluție de saponină 2%, se concentrează leucocitele și microfiliariile prin centrifugare (metoda Knoff sau centrifugare în gradient Ficoll – Hypaque) fie prin filtrare pe o membrană filtrantă milipor sau nucleopor (care se va examina la microscop).

Metode clinice generale ale diagnosticului de laborator. Leucograma prezintă modificări caracteristice: leucocitoză (20.000–30.000 leucocite /ml) și hipereozinofilie sanguină, care poate ajunge la valori de 50–80%; VSH accelerată.

Metode imagistice: radiografie abdominală, ultrasonografie, tomografie computerizată a cutiei toracice, abdomenului, encefalului; scintigrafie hepatică; arteriografie; rezonanță magnetică. Metodele menționate pot fi utilizate în echinococoză, alveococoză, cisticercoză.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după diverse helmintiaze. *Regulile de externare.* De regulă, pacienții cu helmintiaze vor fi tratați în condiții de ambulator sau în staționările antihelmintiazice de zi și numai unele parazitoze (trichineloză, strongyloidoză, alveococoza, opistorchoza, echinococoza, cisticercoza, uneori difilobotrioza, teniaza, teniarincoza) – în condiții de spital. Infestații sunt depistați activ prin examenul materiilor fecale ale persoanelor care se adresează după ajutor medical la medicii de familie, cât și în spital (în primele 3–5 zile de la internare). Despre depistarea persoanelor infestate se comunică la CMF de la locul de trai a pacientului, pentru a efectua examenul parazitologic în focarele depistate. Tratamentul va fi efectuat în condiții de ambulator ori de spital, în absența contraindicațiilor, ori în staționările helmin-tologice de zi de pe lângă policlinici, dacă ele sunt organizate.

Recomandări necesare la externare. Respectarea regulilor igienei personale și educația sanitară a populației, respectarea regimului alimentar și dietetic.

Durata pierderii temporare a capacității de muncă este determinată de maladia principală, în ambianța căreia evoluează helmintiaza. Buletinul de boală va fi prelungit în helmintiazele de lungă durată, după externare din spital, în decurs de 3–6 zile. După un tratament prin intervenții chirurgicale, vacanța de boală poate fi mai îndelungată.

Dispensarizarea după tratament: în ascaridioză – eficacitatea tratamentului va fi apreciată prin examenul materiilor fecale peste 2–3 săptămâni; în anchilostomiază – peste 3–4 săptămâni; în strongyloidoză – peste 2 săptămâni, o lună, 2 și 3 luni se va examina bila la prezența larvelor; în enterobioză – după 4 săptămâni.

Convalescenții după trichineloză vor fi supravegheați timp de 6–12 luni, fiind examinați clinic peste 2 săptămâni, 1–2, 5–6 și 12 luni. Scoaterea de la evidența de dispensar se va face după următoarele criterii: absența durerilor musculare, a dereglărilor cardiovasculare, ameliorarea undei T la ECG, normalizarea leucogramei și activitatea aldolazei.

Controlul eficacității tratamentului în trichocefaloză se va face peste 3–4 săptămâni de la finisarea tratamentului.

Infestații cu teniaze se vor afla la supravegherea dispensarică timp de 6 luni, efectuându-se analize parazitologice o dată în 3 luni. În himenolepidoză – peste o lună, apoi lunar timp de 6 luni; în difilobotrioza – peste 2 luni. În teniarinchoză se mai face și examenul spălăturilor de pe plicile anale. La obținerea rezultatelor investigațiilor de laborator negative și în absența eliminării proglotelor aceste persoane se scot de la evidență.

Convalescenții după opistorchoză vor fi supravegheați timp de 4–6 luni, concomitent cu controlul eficacității tratamentului prin examenul parazitologic al materiilor fecale și bilei.

V. Criteriile de internare, deprinderile practice clinice, aprecierea clinică a indicilor de laborator, criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după unele parazitoze tropicale

Dracunculoza

1. Criteriile de internare. De regulă, pacienții se spitalizează rar, în cazuri de complicații, ceilalți se tratează în condiții de ambulator.

2. Deprinderile practice clinice. Manifestările clinice constau în dureri și prezența infecțiilor secundare, asociate cu trecerea viermelui adult, care este foarte lung (60–100 cm în lungime și 0,2 cm în diametru) prin pielea membrelor inferioare, a brațelor sau prin alte regiuni ale corpului. Se observă erupții toxi-alergice (urticarii, edemul feței și hiperemia mucoaselor). Uneori în această perioadă de dracunculoză se mai determină fenomene dispeptice (greturi, vome, vertijuri și chiar stare de leșin). În locul aflării parazitului se observă niște dungi hiperemiate și edemațiate.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Diagnosticul se precizează prin extragerea lentă a femelei parazitului, prin înfășurarea ei pe un bețișor, care totodată rămâne și ca o metodă terapeutică. Suplimentar au importanță datele epidemiologice (scăldatul în bazine acvatice din țările tropicale și subtropicale, infestate cu larvele de acest parazit) și simptomele clinice menționate mai sus.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după dracunculoză. Bolnavii mai frecvent nu se spitalizează. O necesitate deosebită în dispensarizarea acestor convalescenți nu există.

Clonorchoza

1. Criteriile de internare. Pacienții cu angiocolicistite, periduodenite, hepatite, pancreatite, ictere și ciroze hepatice se internează în secțiile de boli infecțioase, ceilalți se tratează în condiții de ambulator.

2. Deprinderile practice clinice. În perioada precoce a maladiei, pe parcursul câtorva săptămâni, se determină o slăbiciune generală, febră, mărirea ficatului în volum și eozinofilia în sângele periferic (uneori până la 80%). În faza tardivă a maladiei se depistează o angiocolicistită sau dischinezia căilor biliare, periduodenită, uneori se observă hepatita, pancreatita, apare icterul și se poate dezvolta ciroza hepatică.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Se efectuează sondajul duodenal și porțile de bilă se examinează sub microscop pentru determinarea oușoarelor parazitare. Paralel se examinează și materiile fecale, de asemenea, pentru depistarea oușoarelor acestui parazit, care confirmă diagnosticul de clonorchoză. Suplimentar au importanță datele epidemiologice (consumarea peștelui crud sau slab prelucrat termic), datele clinice principale menționate și eozinofilia majorată în sângele periferic.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după clonorchoză. Bolnavii nu totdeauna se spitalizează. Spitalizarea va avea loc mai frecvent în caz de angiocolicistită, hepatită, duodenită, pancreatită, icter sau ciroză hepatică. Convalescenții, care au suportat formele de maladii enumerate, vor fi dispensarizați de specialiștii respectivi individual.

Loaiaza

1. Criteriile de internare. Se spitalizează în secțiile de boli infecțioase pacienții cu afecțiuni oculare, în stare gravă și cu complicații, ceilalți se tratează în condiții de ambulator.

2. Deprinderi practice clinice. Prezența filariilor în pielea bolnavului determină reacții alergice locale (edeme fugace, mobile, pruriginoase, indolore) – edemul Calabar.

Edemul Calabar este unul din cele mai precoce și mai permanente simptome ale loaiazei. El apare în diverse părți ale organismului, însă mai frecvent pe membre. Edemul pielii este dur la palpare și fără formarea gropițelor la apăsarea cu degetul. Dacă edemul se localizează în regiunea articulațiilor, poate fi dereglată funcția lor.

Filariile pot traversa regiunea subpalpebrală și apar sub conjunctiva oculară. Acest fenomen este secundat de edem și de dureri la mișcarea globilor oculari. Deseori se dezvoltă edemul discului nervului ocular și parezele nervilor oculomotori. Parazitul pătruns în camerele oculare se vizualizează clar cu ochiul neînarmat.

Migrația parazitului în submucoasa canalului uretral este secundată de dureri puternice și fenomene de dizurie.

Complicații: diverse tulburări neurologice sau psihice, glomerulonefrite, endocardita fibroblastică Loeffler (după reinfecții repetate), manifestări articulare.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Depistarea microfilariei în sângele periferic între orele 11 și 15 (examen direct în preparatul proaspăt, în picătura groasă sau după leucoconcentrare) este deosebit de concludentă. Mai pot fi identificate filariile adulte sub pielea edemațiată. Suplimentar are importanță șederea pacientului într-o zonă endemică din țările tropicale sau subtropicale, prezența simptomelor clinice menționate și eozinofilia persistentă mai mare de 30%.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după loaiază. Bolnavii nu totdeauna se spitalizează. Spitalizarea va fi mai frecventă în cazurile de afectare a ochilor și apariției complicațiilor mai grave. Convalescenții, care au suportat complicațiile menționate, vor fi dispensarizați de specialiștii respectivi individual.

Metagonimiaza

1. Criteriile de internare. Se spitalizează în secțiile de boli infecțioase numai pacienții cu complicații, ceilalți se investighează și se tratează în condiții de ambulator.

2. Deprinderi practice clinice. În perioada precoce a maladiei se depistează reacții alergice, care se exprimă prin febră, urticarii pe piele și eozinofilie pronunțată. Când paraziții s-au maturizat și au ajuns în intestin, la bolnavi apare o enterită pronunțată, care decurge cu grețuri, dureri abdominale și scaun lichid, recidivant, cu o frecvență de 5-6 ori în nictemer.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Se examinează materiile fecale pentru depistarea oușoarelor acestui parazit, care confirmă diagnosticul de metagonimiază. Suplimentar au importanță datele epidemiologice (consumarea peștelui crud sau slab prelucrat termic ori curățarea peștelui, înghițirea întâmplătoare a solzilor de pește), datele clinice principale menționate și eozinofilia majorată în sângele periferic.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după metagonimiază. În această parazitoză spitalizarea, de regulă, nu se efectuează. Pot fi supravegheate persoanele care au avut unele complicații și s-au aflat în legătură cu ele în spital. Dispensarizarea se efectuează individual, în funcție de complicația suportată și de urmările ei.

Onchocерcoza (râia filariană)

1. Criteriile de internare. Se spitalizează în secțiile de boli infecțioase pacienții cu afecțiuni oculare, cu complicații, ceilalți se tratează în condiții de ambulator.

2. Depinderi practice clinice. Sunt caracteristice clinic 3 sindroame principale: cutanat, nodular și ocular.

Sindromul cutanat se caracterizează prin apariția pe piele a erupțiilor eritemo-papuloase sau a maculelor hipopigmentate, localizate mai frecvent în regiunea lombară, pe fese, membrele inferioare, fiind asociate de un prurit cutanat pronunțat. Mai târziu se produc cheratinizări extinse tegumentare ca urmare a gratajului, hiperplaziei pielii („râia filariană”), atrofia ei cu apariția zbârciturilor, așa numită „piele îmbătrânită”.

Sindromul nodular apare datorită închistării macrofilarieiilor cu formarea nodulilor subcutanați fibroși numiți onchocercomi, cu dimensiuni de 2–6 cm uneori polilobați, duri, indolori, mobili, care se depistează la africani în părțile inferioare ale corpului, iar la americani – mai sus de talie. Uneori onchocercomii au o cavitate cu conținut seros sau purulent și paraziți în el. Se mai depistează o limfadenopatie cronică cu implicarea preferențială a ganglionilor inghinali.

Sindromul ocular. Mai grave sunt afectările organelor vizuale. Precoce se depistează sindromul de kerato-conjunctivită, care se caracterizează prin: prurit, lacrimație, fotofobie, blefarospasm. Se determină hiperemia și edemul conjunctivei. În fazele inițiale sunt afectate structurile oculare anterioare, bolnavii suferind de keratite, iridociclite, panuis comean. În stadiile avansate sunt lezate și structurile posterioare oculare, producându-se corioretinite, atrofie optică însoțită de scăderea lentă și progresivă a acuității vizuale.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Diagnosticul parazitologic permite depistarea filariilor adulte și a microfilarieiilor la examinarea microscopică prin extragerea nodulilor și

disecția lor, a microfilarțiilor în secțiunile biopsice cutanate sau vizualizarea lor în cornee, camera anterioară oculară, la examen oftalmoscopic. Pentru depistarea microfilarțiilor se aplică tehnica biopsiei cutanate fără sânge. Se prelevează un fragment de piele foarte superficial, fără a atinge vasele sangvine. Fragmentul este depus în ser fiziologic, în care se vor deplasa microfilarțiile ce vor fi observate sub microscop. De regulă, prelevarea se produce în regiunile iliace, la genunchi, omoplați, retroauricular. După tratament, microfilarțiile pot fi depistate în urină, sânge, mai rar – în lichidul cefalo-rahidian. În calitate de test suplimentar se utilizează proba cu dietilcarbamină (testul Mazzoti). El se recomandă pacienților neimuni și cu o microfiliaremie redusă, când metoda parazitologică este puțin eficientă. Proba este contraindicată la bolnavii cu o parazitemie intensă, deoarece pot apărea reacții alergice grave. Diagnosticul serologic prin imunofluorescență indirectă și imunoelectroforeză permite diagnosticul probabil de onchocercoză, însă rezultatele pozitive sunt inconstante, iar reactivitatea încrucișată a filariilor, face dificilă interpretarea rezultatelor și precizarea speciei de filarie. Suplimentar are importanță sejurul pacientului într-o zonă endemică din țările tropicale sau subtropicale, prezența simptomelor clinice menționate și o eozinofilie moderată neregulată.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după onchocercoză. Bolnavii nu totdeauna se spitalizează. Spitalizarea va fi mai frecventă în cazuri grave și determinată de afectările oculare. Convalescenții vor fi dispensarizați individual de specialiștii respectivi.

Paragonimiază

1. Criteriile de internare. Se spitalizează în secțiile de boli infecțioase pacienții ce suferă de afectarea pulmonilor, în stare gravă și cu complicații neurologice, ceilalți se tratează în condiții de ambulator.

2. Deprinderi practice clinice. În perioada precoce se determină fenomene benigne de enterită și hepatită. Când sunt afectați bronhiile și pleura, se depistează febră, dureri în cutia toracică, dispnee, tuse cu eliminarea sputei purulente de culoare ruginie. Perioada cronică a maladiei se caracterizează prin rânduirea acutizărilor și remisiilor, secundate de reacții febrile. Dacă este afectat sistemul nervos central, apar meningite și maladia decurge mai grav.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Se examinează materiile fecale și sputa, pentru a depista oușoarele acestui parazit, care confirmă diagnosticul de paragonimiază. Suplimentar au importanță datele epidemiologice (consumarea în hrană a crabilor și racilor slab prelucrați termic), radiologic – depistarea leziunilor de bronșiectazii, imagini de chist hidroaeric, de opacieri masive generale și datele clinice principale menționate.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după paragonimiază. În maladia dată, de regulă, nu se prevede spitalizarea. Pot fi spitalizate persoanele cu suferințe grave, în cazul afectării pulmonilor și complicațiilor sistemului nervos central. Dispensarizarea se va efectua individual, în funcție de gradul de afectare a pulmonilor, de complicațiile din partea sistemului nervos central și de urmările lor.

Schistosomiaza urogenitală

1. Criteriile de internare. Se spitalizează în secțiile de boli infecțioase pacienții gravi și cu diverse complicații, ceilalți se tratează în condiții de ambulator.

2. Deprinderi practice clinice. Inițial apare o dermatită secundată de prurit, eritem macular sau maculo-papular în punctele penetrării pielii de către furocercarii, care dispar peste 1–2 săptămâni. Ulterior apar: febra 39–40°C, cefalee, mialgii difuze, diaree, pusee de urticarie eritematoasă și pruriginoasă,

edem tranzitor al feței și membrelor, tuse, dispnee astmatiformă. Obiectiv se determină o hepatosplenomegalie și sensibilitate sporită în hipocondrul drept.

În perioada de stare a maladiei se determină hematurie micro- sau macroscopică terminală ori totală. Dacă ea este abundentă sau minimă, dar repetată, provoacă anemia progresivă. Hematuria este însoțită de dureri lombare. Mai târziu apar: cistita, dizuria, polakiuria diurnă sau nocturnă, apar senzații de arsuri la micțiuni, dureri suprapubiene la palpate, hidronefroza, pericistita, litiaza vezicală, cistita cronică, colica renală, leziuni uretrale. Cea mai gravă complicație poate fi cancerizarea organelor urogenitale.

Afectarea sferei genitale la bărbați se mai manifestă prin orhită, epididimită, prostatită cu hemospermie, eliminarea oușoarelor de schistosome cu sperma.

La femei se determină leziuni papilomatoase sau ulcerose ale vulvei, colului uterin, vaginului, mai rar – a endometriului și ovarelor.

Complicații. În cazul de pătrundere masivă a oușoarelor de schistosome în pulmoni, apar semne clinice pulmonare, endocardită, endarteriită difuză cu obstrucția vaselor. Se mai determină o hipertensiune în artera pulmonară, hipertrofie și insuficiența ventriculară dreaptă cu tablou clinic asemănător celui al inimii pulmonare cronice. Afectarea inimii se manifestă prin miocardită cronică, iar a sistemului nervos – prin mielită, compresie medulară, radiculită, paraplegie. Afectarea pielii se exprimă prin papule izolate sau grupate în conglomerate, formând plăci indolore, uneori cu ulcerări observate preponderent în regiunea periombilicală, hipocondrică, perineală, scrotală și nasală.

3. Aprecierea clinică a indicilor de laborator. Se efectuează examenul parazitologic al urinei. Pentru depistarea oușoarelor de schistosome se colectează urina în timpul hematuriei, în cazul absenței ei – se recomandă colectarea urinei

după un efort fizic cu o ulterioară centrifugare. Se mai efectuează biopsia mucoasei rectale, unde, de asemenea, pot fi depistate oușoarele parazitului.

Pentru examenul serologic se aplică două tipuri de reacții.

1) *Cu utilizarea antigenelor vii :*

a) reacția Vogel-Minning, ce reprezintă dublarea cuticulei cercariilor vii sub acțiunea anticorpilor serului pacientului;

b) reacția de precipitare circum-ova reprezintă formarea precipitatului împrejurul oușoarelor parazitare în prezența serului bolnavului. Ea devine pozitivă în perioada de stare a maladiei și se negativează treptat după tratamentul specific.

2). *Cu utilizarea paraziților morți* sau a extraselor antigene: reacția de imunoelectroforeză, de imunofluorescență indirectă, de fixare a complementului, ELISA. Toate aceste reacții pot fi slab pozitive sau chiar negative în faza cronică a bolii.

Suplimentar au importanță datele epidemiologice (vizitarea țărilor endemice cu această parazitoză), datele clinice principale menționate mai sus, radiografia vezicii urinare, ultrasonografia vezicii și a căilor urinare superioare, urografia intravenoasă, cistoscopia. La examenul sangvin se determină o leucocitoză și eozinofilie.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după schistosomiaza urogenitală. Spitalizarea nu este obligatorie. Se spitalizează persoanele cu forme grave și complicații. Dispensarizarea va fi efectuată de diferiți specialiști în funcție de consecințele acestor forme grave și de complicațiilor lor.

Schistosomiaza intestinală

1. Criteriile de internare. Se spitalizează în secțiile de boli infecțioase pacienții gravi și cu diverse complicații, ceilalți se tratează în condiții de ambulator.

2. Deprinderi practice clinice. Maladia debutează cu aceleași semne clinice ca și în schistosomiaza urogenitală, însă în perioada de stare la pacienți se observă grețuri, astenie, dureri abdominale, secundate de tenesme și alarme false, scaune frecvente, uneori sangvinolente. La examenul obiectiv se depistează hepatosplenomegalia moderată. Mai târziu apar ulcerări ale mucoasei intestinale, proliferarea adenomatoasă și polipoidă. În perioadele tardive, datorită dezvoltării fibrozei periportale, apar semne de hipertensiune portală cu ascită, circulația venoasă colaterală a abdomenului, varice esofagiene, hepatomegalie și hipersplenism.

3. Precierea clinică a indicilor de laborator. Se efectuează examenul parazitologic al materiilor fecale. Diagnosticul de schistosomiază intestinală se confirmă prin depistarea oușoarelor acestui parazit în materiile fecale ale bolnavului sau în țesutul intestinal. Se utilizează metoda de sedimentare a fecalelor prin dizolvarea lor după Kato. Examinarea acestor materiale trebuie repetată de mai multe ori.

Se mai utilizează rectoromanoscopia, colonoscopia cu endobiopsie în fazele tardive ale maladii. Se prelevează 3–4 bucățele mici de mucoasă a intestinului rect la o distanță de 8–10 cm de la orificiul anal. În caz de complicații, cum ar fi ciroza hepatică, se efectuează suplimentar esofago- și fibrogastroscoopia, laparoscopia, scanarea și puncția-biopsia ficatului. Se utilizează diverse reacții serologice, ca și în schistosomiaza urogenitală, însă diagnosticul se confirmă prin depistarea oușoarelor de schistosome în materiile fecale și în bioptatul intestinal. Suplimentar au importanță datele epidemiologice (vizitarea țărilor endemice cu această parazitoză și datele clinice menționate mai

sus). În sângele periferic se determină o leucocitoză și o eozinofilie.

4. Criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților după schistosomiaza intestinală. Spitalizarea nu este obligatorie. Se spitalizează persoanele cu forme grave de maladie și complicații. Dispensarizarea va fi efectuată de diferiți specialiști individual, în funcție de consecințele acestor forme grave și complicațiile lor.

Lista abrevierilor

- AAP – activitatea antiplasminei
AD – anatoxina difterică
AFS – activitatea fibrinolitică a sângelui
ALAT – alaninaminotransferaza
ASAT – aspartataminotransferaza
AgHBs – antigenul superficial (s) al virusului B
AgHBe – antigenul (e) al virusului B
AgHBcore – antigenul (core) al virusului B
ADN HBV – acidul dezoxiribonucleinic al virusului B
ARN HCV – acidul ribonucleinic al virusului C
ARN HDV – acidul ribonucleinic al virusului D
ARN HIV – acidul ribonucleinic al virusului HIV
Anti-HAV IgM – anticorpi IgM către virusul A
Anti-HAV IgG – anticorpi IgG către virusul A
Anti-HBcore IgM – anticorpi IgM către antigenul core al virusului B
Anti-HBcore IgG – anticorpi IgG către antigenul core al virusului B
Anti-HBe – anticorpi către antigenul (e) al virusului B
Anti-HBs – anticorpi către antigenul superficial (s) al virusului B
Anti- HD IgM – anticorpi IgM către virusul D
Anti- HD IgG -- anticorpi IgG către virusul D
Anti- HCV IgM – anticorpi IgM către virusul C
Anti- HCV IgG – anticorpi IgG către virusul C
Anti- HEV IgM – anticorpi IgM către virusul E
Anti- HEV IgG – anticorpi IgG către virusul E
Anti- EBVN – anticorpi către antigenul nuclear al virusului Epștein-Barr
Anti- SLO – anticorpi către streptolizina O
Anti- IgM VCA – anticorpi IgM către virusul capsidic
Anti- IgG VCA – anticorpi IgG către virusul capsidic
CA – centrul antiepidemic

CAD - coinfecția acută delta
CBI - cabinetul de boli infecțioase
CMF - centrul medicilor de familie
CCM - comisia centrală medicală
CMC - comisia centrală consultativă
CIA - coeficientul izoenzimelor aldolazei A3/A2
CID - coagularea intravasculară desimnată
CIM - coeficientul izoenzimelor malatdehidrogenazei MDH 3+4 / MDH 2
CIL - coeficientul izoenzimelor lactatdehidrogenazei LDH 5 / LDH 4
CIC - complexul imunocirculant
ECG - electrocardiograma
F-1,6-FA - fructozodifosfataldolaza
HV - hepatita virală
HVA - hepatita virală A
HVB - hepatita virală B
HVC - hepatita virală C
HVD - hepatita virală D
HVE - hepatita virală E
ID - infecția delta
IM - infecția meningococică
IF - indexul fibrinolizei
IP - indexul protrombinei
IRVA - infecția respiratorie virală acută
LCR - lichidul cefalorahidian
LDH - lactatdehidrogenaza
MIE (FLISA) - metoda imunoenzimatică
MIF - metoda imunofluorescentă
MDH - malatdehidrogenaza
NHA - necroza hepatică acută
OCST - ou-cistină-ser-telurit
OMF - oficiul medical de familie
PCR - reacția de polimerizare în lanț

RA – reacția de aglutinare
RAI – reacția de aglutinare indirectă
RAR – reacția de aglutinare a rickettsiilor
RAL – reacția de aglutinare și liză
RAMF – reacția de aglutinare a anticorpilor marcanți cu enzime
RI – reacția intradermală
RIE – reacția imunoenzimatică
RIF – reacția de imunofluorescență
RIFI – reacția de imunofluorescență indirectă
RFC – reacția de fixare a complementului
RIHA – reacția indirectă de hemaglutinare
RHA – reacția de hemaglutinare
RHAI – reacția de hemaglutinare indirectă
RMAL – reacția de microaglutinare și liză a leptospirelor
RMN – rezonanța magnetică nucleară
RN – reacția de neutralizare
SAD – suprainfecția acută delta
SCBI – spitalul clinic de boli infecțioase
TCC – tomografia computerizată cerebrală
VSH – viteza de sedimentare a hematiilor

Bibliografie

1. Andriuță C., Botezatu Iu., Pântea V. Criteriile de externare și dispensarizare a persoanelor mature, ce au suportat unele boli infecțioase sau invazive (Indicații pentru studenți). Chișinău, 1990.
2. Andriuță C., Pântea V., Țurcanu V. Funcțiile spitalului, ale cabinetului de boli infecțioase și planul de examinare a bolnavului infecțios (Indicații pentru studenți). Chișinău, 1992.
3. Andriuță C., Botezatu Iu., Pântea V. și alții. Deprinderile practice principale în clinica bolilor infecțioase (Indicații pentru studenți). Chișinău, 1992.
4. Andriuță C., Pântea V., Mihnevici E. Aprecierea clinică a indicilor de laborator în bolile infecțioase (Indicații pentru studenți). Chișinău, 1995.
5. Andriuță C., Magdei M., Andriuță A. Bolile infecțioase și parazitare (în viziunea populară). Chișinău, 2000.
6. Andriuță C., Pântea V., Holban T. și alții. Patogenia, tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul helmintiazelor (Ghid practic pentru studenți și rezidenți). Chișinău, 2001.
7. Andriuță C. Pastile antimalarii tropicale. Chișinău, 2003.
8. Dimache Gh., Panaitescu D. Microbiologie și parazitologie medicală. București, 1999.
9. Ghentilini M., Danies M. et al. Endemies tropicales majeures. Paris, 1998.
10. Chiotan M. Boli infecțioase. București, 1998.
11. Gherman I. Dicționar de parazitologie. București, 1990.
12. Lobzin Iu. Tratat de boli infecțioase. Sankt-Petersburg, 2000.
13. Pilly E. Maladies infectieuses et tropicales. Paris, 2000.
14. Pokrovski V. Compendiu de boli infecțioase. Moscova, 1996.
15. Voiculescu M. Boli infecțioase. Vol. I și II. București, 1990.
16. Rebedea I. Boli infecțioase. București, 2000.

17. Simona R., Meuyer E. Parazitologie medicală. București, 1994.
18. Șuvalov E. Boli infecțioase. Moscova, 1995.

Cuprins

Introducere.....	3
I. Structura și funcția spitalului de boli infecțioase.....	5
II. Funcția cabinetului de boli infecțioase.....	12
III. Planul de examinare a bolnavului cu maladie infecțioasă, tropicală sau parazitară.....	17
IV. Criteriile de internare, deprinderi practice clinice principale, aprecierea clinică a indicilor de laborator, criteriile de externare și dispensarizare a convalescenților, care au suportat boli infecțioase, tropicale sau parazitare.....	28
Hepatitele virale.....	28
Febra tifoidă și paratifoidă.....	43
Dizenteria.....	50
Salmoneloza.....	56
Toxiinfecțiile alimentare.....	61
Botulismul.....	63
Escherichioza.....	66
Yersinioza intestinală (enterocolitică) și pseudotuberculoza.....	68
Holera.....	71
Gripa și alte infecții respiratorii virale acute.....	79
Infecția meningococică.....	84
Difteria la adulți.....	91
Anginele.....	95
Mononucleoza infecțioasă.....	97
Infecțiile enterovirale.....	101
Tifosul exantematic și boala Brill.....	103
Leptospiroza.....	107
Bruceloza.....	112
Boala Lyme (Borelioza).....	118
Antraxul.....	121
Tetanosul.....	125
Erizipelul.....	129

Tularemia.....	131
Toxoplasmoza.....	134
Pesta.....	137
Malaria.....	141
Infecția HIV/SIDA.....	146
Febrele hemoragice.....	152
Helmintiazele.....	157
V. Criteriile de internare, deprinderile practice clinice, aprecierea clinică a indicilor de laborator criteriile de ex- ternare și dispensarizarea convalescenților după unele pa- razitoze tropicale.....	165
Dracunculoza.....	165
Clonorchoza.....	166
Loaiaza.....	167
Metagonimiaza.....	168
Onchocercosa (râia filariană).....	169
Paragonimiaza.....	170
Schistosomiaza urogenitală.....	171
Schistosomiaza intestinală.....	174
Lista abrevierilor.....	176
Bibliografie.....	179