

Catedra de biologie, microbiologie și parazitologie (cond.: prof. C. Székely), Disciplina de parazitologie (cond.: B. Fazakas) și Clinica de boli contagioase (cond.: prof. L. Kelemen) ale I.M.F. din Tirgu Mureș

OBSERVAȚII ÎN LEGĂTURA CE RĂSPINDIREA ȘI DIAGNOSTICUL DE LABORATOR AL BOLILOR PARAZITARE

B. Fazakas, J. Kerestély, M. Babonits, F. Kocsis Zs. ,

În trecut mulți cercetători din țara noastră au încercat să stabilească datele referitoare la helmintofaună, însă cercetările lor au fost limitate (*Leon*, — 1 — *Ciurea*, — 2 — *Jamandi*, — 3 — *Žotta*, — 4 — *Radacovici*, — 5 — etc.) După eliberarea țării noastre obiectivul principal al specialiștilor a devenit cunoașterea helmintografiei prin examinări de masă. *Lupașcu*, (6) bazându-se pe 780.968 de examene coprologice, relatează date detaliate de helmintofaună. În afară de această lucrare amplă, se cunosc numeroase comunicări care se referă la răspîndirea paraziților intestinali (*V. Nitzulescu*, — 7 — *E. Ungureanu*, — 8 — *A. Sorescu* și *D. Panaitescu*, — 9 —). Colectivul din Tg. Mureș a executat în ultimii ani mai mult de 100.000 de examinări parazitologice, contribuind la studiul răspîndirii helmintiazelor (*B. Fazakas* și colab. 10, 11.). Acest colectiv a semnalat prezența următoarelor specii: *Ascaris* l., *Enterobius* v., *Trichuris* tr., *Hymenolepis* n., *Taenia* s. *Strongyloides* st. și *Fasciola* h.

Pe baza observațiilor din anul 1960—1961, remarcăm următoarele aspecte în legătură cu răspîndirea paraziților:

- datele din unele comunicări privind procentajul unor helminți nu reflectă totdeauna situația reală;
- noile observații arată că pe lângă helminți trebuie să ne concentrăm atenția și asupra protozoarelor patogene.

Potrivit datelor menționate mai sus, ordinea frecvenței helminților este următoarea: *Ascaris* l., *Trichuris* tr., *Enterobius* v. Această constatare trebuie completată cu obser-

vația că în colectivitățile unde se efectuează examinări speciale pentru diagnosticul de laborator al enterobiozei, *Enterobius v.* este mai frecvent ca *Ascaris l.* Deci ordinea frecvenței ar putea fi stabilită astfel: enterobioză, ascarioză și trichuriasă.

În lucrările noastre anterioare (10, 11) am relevat că după aceste trei specii de paraziți au urmat într-un procent extrem de mic (sub 1%) celelalte specii. Chiar și în lucrările care arată incidența pe țară se observă același fenomen (6). Luând ca bază noile date, subliniem că unele specii care au fost considerate ca helminti foarte rari, sînt mai des întîlnite. Dintre aceste specii amintim: *Taenia saginata*, *Strongyloides st.*, *Hymenolepis n.*, *Fasciola h.*, iar dintre protozoare: *Giardia l.* Atragem atenția că nu este vorba de o creștere a infestației, ci doar de faptul că metodele noastre de laborator și loturile cazurilor examinate au diferit.

În legătură cu teniazele, ținem să amintim că pînă în 1961, în toată regiunea am găsit, anual, doar 1 caz sau maximum 8. În 1959/1960 am controlat materiile fecale la peste 10.000 de oameni, prin metoda de omogenizare Willis—Hung, și nu am găsit nici un caz de teniază. În schimb în cursul anului 1961, am avut ocazia să tratăm dintre 327 bolnavi de helmintiaze, 58 infestați cu *Taenia saginata*. Faptul că potrivit unor date mai vechi, acest helminț este foarte rar, și că ani de-a rîndul nu s-au depistat cazuri de teniază, iar în 1961 am decelat 58 de bolnavi ridică o serie de probleme. În primul rînd, este indiscutabil că prin examinările efectuate cu metoda de omogenizare Willis—Hung nu se pot pune în evidență embriofori de tenia. Diagnosticul de laborator este îngreunat și prin faptul că familia Taeniidae face parte din ordinul Cyclophilidae, la care cestoda uterul, adică sacul în care se adună ouăle, nu comunică cu exteriorul, așa încît parazitul nu poate depune ouă în intestin, ceea ce înseamnă că la examinarea coproparazitologică nu-l găsim. Se cunoaște bine rolul patogen al teniei. Pe lîngă spoliația însemnată de hrană, ea exercită în mod continuu o acțiune iritativă și toxică, ce se manifestă prin diferite tulburări clinice. Dar pericolul teniei nu se limitează la atît: teniile pot pune în primejdie viața gazdei prin cisticercoză umană care complică parazitismul intestinal. S-a semnalat în mod cu totul regretabil un caz de moarte subită prin cisticercoză cerebrală (*Rona L. — 12*), și au fost sub observația Clinicii de neurologie din localitate alte cazuri. Faptul că o mare parte a cazurilor de teniază se recrutează din rîndurile bucătarilor și măcelarilor, credem că e destul de grăitor ca să învedereze pericolul epidemic. Pe baza celor spuse, se impun următoarele concluzii:

— Teniaza e mult mai frecventă decît arată datele statistice existente. Nu dispunem de o metodă de laborator eficace cu ajutorul căreia să se poată pune diagnosticul etiologic al acestei afecțiuni. Ar fi necesară, pe lîngă examene coproparazitologice (conc. Teleman) introducerea examenelor serologice. Credem că e foarte judicioasă concluzia lui *Lupașcu* (6, 13) și anume că pe viitor se impune „reconsiderarea măsurilor actuale de control al cărnii în abator, precum și de verificare a felului cum sînt puse în consum preparatele industriale de carne”.

În problema strongyloidozei credem că este justă constatarea lui *I. Gherman* (14). că la noi în țară se înregistrează cazuri izolate de strongyloidoză. Probabil unele din ele scapă însă diagnosticului. Această afirmație pare a fi confirmată de datele colectivului nostru, deoarece în cursul anului 1961 am observat și tratat 21 de cazuri de strongyloidoză, iar în 1962 pînă-n prezent (1. VII. 1962) am tratat încă 8 cazuri. Și în cazul strongyloidozei trebuie să amintim insuficiența metodelor de investigație și mai ales a acelor de laborator clinic, de spital și sanepid, unde examenul coproparazitologic nu se execută în mod complex.

O altă parazitoză care merită să fie amintită este fascioloza umană. Pînă în 1957 în literatura de specialitate din țară au fost relatate doar două cazuri de fascioloză (*I. Hașeganu, D. Danicico și G. Zotta și colab., 15, 16*). Din 1957 s-au semnalat 11 cazuri (*P. Manu, P. Munteanu, A. Sorescu, B. Fazakas și I. Kerestély*) (17, 18, 19, 20, 21), din care cinci cazuri au fost semnalate din partea colectivului nostru. Deci nici aceasta parazitoză nu este la noi o boală tocmai atît de rară.

În ceea ce privește răspîndirea protozoarului *Giardia l.* se cunosc nenumărate comunicări: *I. Simitch* (22), *O. Jirovec* (23), *G. Zotta* (16), *N. V. Irmalova* (24), *T. Isfan* (25), *V. Nitzulescu* (7), *E. Radacovic* (5), etc. În prezent avem suficiente dovezi, care

arată rolul patogen al acestui parazit: *Pairize și Jacquard* (9), *E. M. Vinnicov* (26), *N. V. Irmailova* (24), *J. A. Pavlučenko* (27), și alții. Aceste date din literatură și faptul că în cursul anului 1961 dintre 327 bolnavi 30 au suferit de lambliază, ne impun să atragem atenția medicilor și mai ales medicilor din rețeaua de pediatrie ca la consultarea copiilor sub 1 an și îndeosebi la cei între 2—3 ani, să acorde o deosebită importanță lambliazei.

Înainte de a fi terminat trecerea în revistă a problemelor în legătură cu răspândirea paraziților intestinali, este necesar, ca pe baza datelor noi din literatura de specialitate (28, 29, 30, 31, 23, 32, 9, 33, 34) să atragem atenția asupra protozoarului *Entamoeba histolitica*. Aceste date din literatură și cazul pe care l-am observat noi, arată că dizenteria amibiană nu mai este astăzi o boală strict tropicală și că poate fi întâlnită, prezentând aspecte clinice variate și în țări cu climat temperat.

Ca și în celelalte domenii ale medicinei umane, și în problemele parazitozelor cercetătorii fac eforturi, ca prin aplicarea tehnicii moderne să contribuie la elucidarea problemelor de diagnostic. S-au descris multe metode de investigații. Noi credem însă că acestea au o valoare reală numai dacă sînt folosite în viața de toate zilele. Sub acest aspect să analizăm pe scurt în ce măsură laboratoarele noastre din policlinici, spitale, clinici și sanepiduri utilizează metode de laborator.

Știm că mulți medici, observînd anumite fenomene clinice, suspectează prezența paraziților intestinali. Ei se adresează laboratorului, care are menirea de a confirma prin rezultatul examenelor diagnosticul prezumptiv. În multe cazuri medicul obține un rezultat negativ, care repetat de mai multe ori, duce la neglijarea investigației. Să vedem cine greșește și unde se greșește? În primul rînd, credem că greșesc medicii, care solicită aceste examinări. Ei greșesc, deoarece necunoscînd biologia speciilor de paraziți, nu știu precis ce material patologic trebuie să trimită, cînd pot aștepta un rezultat pozitiv, ce analiză trebuie să solicite și în caz de rezultat negativ ce trebuie să facă. Diagnosticul de laborator al paraziților intestinali găsiți la noi în țară se face prin prelucrarea materiilor fecale, a materialului anorectal, din lichidul obținut prin tubaj duodenal etc. Medicul trebuie să știe cînd parazitul respectiv a ajuns în faza de a elimina ouă sau chisturi, prin decelarea cărora se poate stabili diagnosticul. În caz de rezultat negativ, trebuie să ne gîndim la așa-numitele „faze negative“, de periodicitate a depunerii ouălor de către femele și e bine ca în asemenea cazuri să cerem repetarea examenului.

Dar trebuie să analizăm și greșelile laboratoarelor. Sintem de părere că majoritatea laboratoarelor noastre sînt sub nivelul cerințelor actuale. În multe laboratoare analizele coproparazitologice sînt efectuate de laboranți și în cel mai bun caz citirea rezultatelor se face de medic. Dar și citirea se efectuează în mare grabă. În prezent, în cele mai multe laboratoare se folosește exclusiv metoda de omogenizare Willis-Hung, pe baza căreia se dă rezultatul. Se știe însă că chisturile de lamblia și amoebe, larvele de strongyloides se pot pune în evidență prin proba directă, sau probă cu Lugol. Aceste chisturi se observă doar cu obiectivul de 600× sau 800×. În munca de toate zilele acest examen nu se execută, așa încît prezența acestor paraziți nu se observă.

Este cunoscut faptul că ouăle celui mai frecvent parazit — *Enterobius vermicularis* — nu se poate pune în evidență din materiile fecale. În acest caz este obligatorie examinarea materialului anorectal.

Probele de concentrare în general se bazează pe principiul flotației sau sedimentării. În primul caz se pot pune în evidență ouăle unor helminți ca de ex.: *hymenolepis*, *anchilostoma* etc., iar în al doilea caz ale altora. Deci prin folosirea exclusivă a metodei de omogenizare Willis-Hung nu avem toate șansele de a pune în evidență ouăle tuturor paraziților. Această metodă are o valoare reală numai dacă se utilizează concomitent și o metodă bazată pe sedimentare.

În caz de fascioloză nu e eficientă nici metoda de concentrare Tellemann Lan-

geron, nici metoda de omogenizare Willis-Hung; în acest caz trebuie folosită o metodă specială, de ex. metoda Benedek.

Pentru protozoarele patogene, mai ales în cazul ameobiazeei, este necondiționat necesar să se folosească metoda coproculturii.

În concluzie, subliniem necesitatea utilizării *metodelor complexe de laborator*, care constă cel puțin în următoarele:

- examenul microscopic al materialului patologic;
- efectuarea probelor:
 - directe (între lamă și lamelă), proba cu Lugol, concentrarea Willis-Hung și Tellemann-Langeron. În caz de fascioloză proba de concentrare Benedek:
 - examenul materialului anorectal, sau
 - eventual examenul lichidului duodenal. Aceste examene se vor completa cu metodele de coprocultură.

Relevăm totodată necesitatea urgentă de a efectua probele serologice în caz de ascaridioză, teniază, fascioloză etc.: aceste probe trebuie să devină accesibile tuturor laboratoarelor.

Folosind metodele complexe de laborator, executate cu precizie și conștiinciozitate, există posibilitatea de a evita greșelile de diagnostic, menționate de colectivul nostru (35).

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.

Bibliografie

1. LEON N.: Contrib. à l'étude de parasites animaux en Roumanie, București, 1924;
2. CIUREA L.: Rev. Vet. 1930, nr. 1, p. 1; 3. JAMANDI GR. și colab.: Arch. Roum. Path. exper. 1942, vol. XII, nr. 3—4, p. 480; 4. ZOTTA G. și colab.: Arch. patol. exper. 1942, I, 12, nr. 3—4, p. 479; 5. RADACOVICI E. și colab.: Micr. par. epid. 1957, nr. 4, p. 358; 6. LUPAȘCU GH. și colab.: Micr. par. epid. 1960, nr. 2, p. 121; 7. NITZULESCU V. și colab.: Rev. de micr. par. și epid. 1956, nr. 1; 8. UNGUREANU E. și colab.: Studii și cercet. șt. Acad. R.P.R. Filiala Iași, 1957, I, 179; 9. SORESCU A., PANAITESCU D.: Micr. par. și epid. 1959, nr. 1, p. 1; 10. FAZAKAS B., HANCU M., HANKO Z.: Revista Medicală, 1958, nr. 2, p. 143; 11. FAZAKAS B., BABONITS M. și colab.: Problemele helmintiazelor în R.A.M.. Simpozionul de helmintologie Iași, 1959;
12. RONA L., CSERGO T.: Revista Medicală 1956, nr. 1, p. 69; 13. LUPAȘCU GH., SORESCU A., PANAITESCU D.: Micr. par. epid. 1960, nr. 1, p. 3; 14. GHERMAN I.: Elemente de epidemiologie a bolilor parazitare. București, 1959; 15. HAȚIEGANU I., DANICICO D.: Clujul Medical, 1929, nr. 5, p. 195; 16. ZOTTA G și colab.: Arch. patol. exper. 1942, I, 12, nr. 3—4, p. 479; 17. MANU P. și colab.: Medicină internă, 1957, nr. 5, p. 774; 18. MUNTEANU P. și colab.: Medicină internă, 1957, nr. 5, p. 774; 18. MUNTEANU P. și colab.: Medicină internă 1958, nr. 12; 19. A. SORESCU și colab.: Simpozionul de helmintologie Iași, 1959; 20. FAZAKAS B. și colab.: Trei cazuri de fascioloză. Simpozionul de helmintologie, Iași, 1959; 21. KERESTELY J., NUSSBAUM O., FAZAKAS B.: Observații în legătură cu două cazuri de fascioloză umană. Simpozionul de parazitologie Tg. Mureș, 1962, II, 5; 22. SIMITCH I., PETROVICI Z.: Arch. Inst. Pasteur Alger. 1956, 34, 205; 23. JIROVEC P.: Parazitologie für Ärzte. Veb Gustav Fischer Verlag Jena, 1960; 24. IRMAILOVA N. V. și BAIENOVA N. A.: Analele Rom. Sov. Pediatrice, 1951, nr. 2; 25. ISFAN TR.: Microbiologia (București), 1957, nr. 3, p. 245; 26. VINNICOV E. M.: Sovetsk. Med. 1949, nr. 12; 27. PAVLJUCSENKO I. A.: Klinicsev. Med. 1957, nr. 2, p. 76; 28. I. G. ABRAMOVA: Medit. Parazit. 1961, nr. 2, pag. 246; 29. BALLO T. și colab.: Orvosi Hetilap, 1961, nr. 7, p. 303; 30. FEKETE T., CSELEY M.: Orvosi Hetilap, 1960, nr. 39, p. 1396; 31. GEMESI GY., PASZTHY O.: Orvosi Hetilap, 1960, nr. 49, p. 760; 32. LUPAȘCU GH. și colab.: Arch. Roum. de pathol. exper. T. 18, nr. 2, 1959; 33. ZOLTAI N.: Amoebás disenteria (Rauss K.: Dysenteria) Budapest, 1955; ZOLTAI N., JANKO M.: Orvosi Hetilap, 1960, nr. 9, p. 1369; 35. I. KERESTELY, B. FAZAKAS și colab.: comunicare la Simpozionul de parazitologie, Tîrgu Mureș, 5 februarie 1962.