

UNELE ASPECTE ALE ENDEMIEI HEPATITEI EPIDEMICE ÎN ORAȘUL ȘI RAIONUL TG. MUREȘ

(Analiza a 500 cazuri)

I. Steinmetz, A. Szöllösy

Endemia hepatititei epidemice (h. e.) în orașul Tg. Mureș a arătat o tendință de scădere între anii 1955—1960, morbiditatea reducându-se de la 578°/0000, în 1955, la 330°/0000 în 1960. Cea mai pronunțată scădere s-a observat în anii 1959 și 1960.

În mediul rural, s-a observat de asemenea o scădere între anii 1959—1960 -- cifrele morbidității în raionul Tg. Mureș reducându-se în acest interval de la 202°/0000 la 166°/0000.

În anul 1961, s-a produs însă o creștere a numărului de cazuri de hepatită epidemică, atât în mediul urban, cât și în mediul rural, morbiditatea ridicându-se la 410°/0000 și respectiv la 250°/0000.

Deci, în profilaxia și combaterea hepatitei epidemice mai există încă greutăți considerabile.

În vederea clarificării unor aspecte epidemiologice ale endemiei h. e. în orașul și raionul nostru, am efectuat 500 de anchete printre bolnavii internați în Clinica de boli contagioase din Tg. Mureș, în anii 1960—1961.

Fișa de anchetă a cuprins întrebări în legătură cu:

- a) indicele de depistare, adică intervalul de timp între debutul bolii și momentul stabilirii diagnosticului cert sau prezumtiv de h. e.;
- b) timpul trecut de la debutul bolii pînă la izolarea bolnavului;
- c) posibilitatea stabilirii unei corelații strinse între factorii de mediu, ca aprovizionarea cu apă, îndepărtarea reziduiilor, alimentația colectivă, aglomerarea în locuințe pe de o parte, și frecvența cazurilor de h. e. pe de altă parte;
- d) măsura în care este probabilă transmiterea h. e. pe cale parenterală în cazurile anchetate.

Bolnavii anchetați formează un grup neomogen, din care 293 (58,6%) au provenit din mediul rural, și 207 (41,4%) din mediul urban.

Analizînd datele obținute, am făcut anumite constatări pe care le prezentăm în cele ce urmează.

1. *Indicele de depistare* prezintă valori variate, atât în mediul urban, cât și în cel rural, oscilînd între 1—47 zile.

Analiza frecvenței zilnice a depistărilor (tab. nr. 1) arată că în primele două zile s-au depistat 7,5—8,8% din cazuri, rata zilnică fiind de 3,3—5,3%. Începînd din ziua a treia rata zilnică crește brusc la 8,7—12%, menținîndu-se la acest nivel pînă în ziua de 7-a, Din ziua a 8-a scade brusc la valori de 4,7—7,2% și pînă la sfîrșitul celei de a două săptămîni oscilează între 1,3—6,3%. În a treia săptămîină, depistarea bolii se face în 9,7—11,7% din cazuri, iar în a patra săptămîină în 3,4—3,8%; 3—3,4% din cazuri s-au depistat abea după 28 de zile de la debut.

Deși ar trebui să ne bucare că unele cazuri sînt depistate chiar în prima zi de debut, totuși, avînd în vedere caracteristicile clinice ale h.e., sîntem de părere că în dosul acestei proporții de 3,3—3,4% se ascunde în bună măsură lipsa de precizie a datelor anamnestice ale bolnavului.

Tabelul nr. 1.
Frecvența depistării hepatitei epidemice în 1960—1961

Ziua	293 cazuri în mediu rural %	207 cazuri în mediu urban %	228 cazuri în mediu urban 1959 1959 %		
1.	3,4	3,3	6,1		
2.	4,1	5,3	4,4		
		7,5		8,6	10,5
3.	9,2	8,7	10,2		
4.	10,5	10,1	7,0		
5.	11,3	9,1	7,4		
6.	9,2	8,7	6,7		
7.	10,2	50,5	12,0	48,7	14,8
					45
8.	4,7	7,2	3,9		
9.	3,4	2,5	4,8		
10.	3,0	6,3	6,1		
11.	1,3	2,5	2,1		
12.	3,4	1,4	2,1		
13.	3,4	1,4	3,0		
14.	4,1	23,4	4,9	26,0	7,0
					29,4
15—21		11,7		9,7	9,6
22—28		3,8		5,4	2,0
> 28		3,0		3,4	2,5
		Total: 100%		100%	100%

Tabelul nr. 2.
Indicele de izolare în h. e.

Ziua	În mediu urban	În mediu rural
1.	63,2%	67%
2.	23,7%	19,5%
3.	13,1%	13,5%
	100%	100%

Tabelul nr. 3.
Repartiția cazurilor de h. e. după medii și antecedente

Antecedente de inoculare	În mediu urban	În mediu rural
Fără	80 (38,6%)	115 (39,1%)
Cu	127 (61,4%)	178 (60,9%)

Se remarcă o ușoară diferență între indicele de depistare din mediul urban și cel rural. Astfel, în mediul rural cele mai multe cazuri au fost depistate în a 5-a zi, pe cînd în oraș maximul s-a atins în ziua 7-a.

Diferența se remarcă și mai evident dacă se compară datele cu cifrele din anul 1959, cînd depistările din ziua a 7-a au fost și mai numeroase în mediul urban.

Cauza acestui fenomen pare a consta atît în faptul că bolnavii din mediul rural nu pot indica precis momentul debutului, cit și în împrejurarea că medicul din oraș aprofundează mai mult posibilitățile diagnosticului diferențial și, așteptînd confirmarea datelor de laborator, înclină mai tîrziu spre diagnosticul de hepatita epidemică.

Constatarea cea mai importantă este, însă, că peste 40% din cazuri sînt depistate abea după 8 zile de la debut, fapt ce are urmări epidemiologice nefavorabile prin prelungirea timpului de contact, contribuind la rîspîndirea bolii lui Botkin.

2. Izolarea obligatorie și imediată a bolnavilor din momentul stabilirii diagnosticului cert sau prezumtiv de h.e. este prevăzută de legislația noastră sanitară. Totuși în practică, aceasta se realizează numai parțial. Astfel, indicele de izolare este de o zi la 63,2%—67% din cazuri, în ziua a doua se mai izolează 19,5%—23,7%, rămîind pentru ziua a treia 13,1%—13,5%. Menționăm că în mediul urban acest indice este ceva mai ridicat, însă în mediul rural am găsit ca excepții, internări după 10—12 zile de la depistare.

Prelungirea indicelui de izolare în mediul urban se datorește în bună parte faptului că bolnavul îndrumat la Clinica de boli contagioase nu se prezintă la internare în ziua stabilirii diagnosticului de h.e. în mediul rural însă, în majoritatea cazurilor, bolnavul depistat este transportat la spital chiar în aceeași zi.

Internările începînd din ziua a 3-a care constituie, 13,1%—13,5% din cazuri se datoresc controlului insuficient al izolării și internării în spital.

3. Cercetarea influenței factorilor de mediu este mult îngreunată de împrejurarea că numai la o anumită parte a îmbolnăvirilor de hepatita epidemică se poate exclude cu certitudine prezumția transmiterii prin inoculare.

Din 500 de cazuri studiate de noi, la 305 bolnavi (61%) am găsit în anamneză în decursul ultimelor 6 luni înainte de apariția bolii, diverse manopere medicale ca: *injecții, vaccinări, transfuzii recoltării de sînge, intervenții dentare, operații*. La 195 de bolnavi (39%), antecedentele nu au semnalat posibilități de inoculare, deci aceștia pot fi considerați îmbolnăviți pe cale naturală.

Raportul de mai sus este aproape același, atît în mediul rural, cit și în mediul urban (Tab. 3).

Deci, în cazurile noastre factorii de mediu au acționat în aceeași măsură în ambele medii. Pe de altă parte însă, se poate dovedi ca factorii de mediu au un rol mai accentuat în transmiterea bolii pe cale naturală. Astfel, în cazurile fără antecedente de inoculare, proporția incidenței familiale a bolii este de 15,3%, față de 8,6% găsită la cazurile cu antecedente de inoculare. Contactul din mediul școlar și cel de la locul de muncă este pus și el în evidență, căci incidența acestui contact la cazurile fără antecedente de inoculare este mai mare, decît la cel cu inoculări în anamneză. În 2 cazuri, h.e. a putut fi considerată ca boală profesională, prin contact.

Antecedente care au semnalat îmbolnăviri multiple la aceeași sursă de apă, s-au întîlnit numai în 4% din cazuri, deci nu au putut demonstra cu toată claritatea rolul apei în transmiterea h.e., deși acest rol este astăzi bine definit (*Mosley*).

Totuși în regiunea noastră sînt locuri unde acest rol poate fi pus în evidență. Analizînd morbiditatea prin h.e. în anul 1961, în comunele de pe valea Nyiko din raionul Odorhei, se poate constata că din 21 cazuri de h. e., 18 s-au ivit în comunele unde populația se alimentează din apa acestui pîriu, pe cînd în comunele din aceeași circumscripție care dispun de microcentrale de apă, nu s-a declarat nici un caz de h.e. (*Beczassy*).

4. Intervențiile parenterale se repartizează după cum urmează:

Injectii	72 de cazuri	23,6%
Vaccinari	50	16,3%
Recoltări de sînge	28	9,1%
	150	19,1%
Manopere combinate	87	28,5%
Transfuzii de sînge și plasmă	48	15,8%
Extracții dentare	29	6,6%
Total	305 cazuri	100,0%

Dupa cum afirma studiile statistice ale lui Nicolau, Zavate, Constantinescu și alții, 62,2% din bolnavii de h.e. au avut antecedente de inoculare în anamneză.

Kerestely și colab. au găsit antecedente de inoculare la bolnavii de h.e. din regiunea noastră în 63,6%. Aceste valori concorda cu proporția de 61% găsită de noi.

Menționăm că transfuziile de sînge sau plasmă, deși au fost asociate cu alte manopere, ca operații, nașteri, tratamente cu injecții, ocupă totuși un loc considerabil (15,8%) printre cauzele prezumtive de transmitere a hepatitei epidemice de inoculare.

Ca și în lucrările susmenționate ale lui Nicolau și colab. Kerestely și colab., și noi am întilnit grupuri de bolnavi de hepatită, care fuseseră internați împreună cu 2—3 luni mai înainte, într-o altă secție a spitalului.

Din datele de mai sus reiese că pe lângă calea naturală de propagare a h.e., calea parenterală constituie o modalitate frecventă a transmiterii virusului h.e.

Datele noastre ne îndreptățesc să propunem următoarele măsuri de profilaxie:

1) Este necesar ca medicii din teren, să-și îmbogățească cunoștințele cu privire la depistarea precoce a hepatitei epidemice.

Totodată, baremul de metode practicate în laboratoarele policlinicilor teritoriale, trebuie completat cu metode simple și rapide pentru depistarea precoce a h.e. (transaminaza etc.).

2) Trebuie asigurată în mod sever, izolarea cazurilor de h.e. chiar din prima zi după depistare, spre a reduce cât mai mult posibilitățile de contact.

3) Trebuie extinse măsurile de asanare a condițiilor de alimentare cu apă, de îndepărtare a reziduiilor, de alimentație colectivă etc.

Să se înființeze instalații de alimentare cu apă, cu precădere în localitățile endemice de h.e.

4) În vederea reducerii posibilităților de propagare pe cale parenterală se vor respecta cu strictețe dispozițiile ord. 623/1959, cu privire la profilaxia h.e. În acest scop serviciile spitalicești, policlinicile și cabinetele trebuie dotate cu autoclave de capacitate corespunzătoare.

Personalul medical trebuie să cumpănească fiecare intervenție sau manoperă parenterală și în special transfuziile, pentru a îngradi sfera de propagare a h.e. prin inoculare.

5) Ar fi necesar ca în localitățile endemice prin h.e., cazurile neclarificate pînă în ziua a 3-a de la debut, să fie investigate în vederea stabilirii sau excluziei diagnosticului de hepatită epidemică.

Sosit la redacție: 29 octombrie 1962.

Bibliografie

1. MOSLEY J. W.: New-England Journal of Medicine (1959) m. 703—708, 718—753; 2. NICOLAU ST. I., ZAVATE, CONSTANTINESCU și colab.: Studii și cercetări de Infamicrobiologie, Microbiologie și Parazitologie (1959), 4, 401—412; 3. KERESTELY și colab.: Revista Medicală (1962), 3, 334—338;