

Clinica de boli infecțioase din Tg.-Mureș (cond.: prof. L. Kelemen)

## **STĂRILE CONSECUTIVE DIZENTERIEI BACILARE ACUTE**

*Victoria Szegő, J. Kerestély*

Pe lângă dizenteria atipică, care reprezintă un pericol epidemic evident, creșterea morbidității în dizenterie se datorește și formelor prelungite, aciclice, tratate ale bolii. Acest fapt ne-a determinat să apreciem eficacitatea tratamentului antibacterian aplicat, urmărind soarta foștilor bolnavi de dizenterie.

## Material și metodă

S-au reexaminat loturi de cîte 30 convalescenți de dizenterie bacilară acută, la o lună și la trei luni de la externare, cît și loturi de 40, resp. 50 convalescenți la 6 și la 12 luni după boala acută. Controlul clinic, bacteriologic, endoscopic și radiologic au cuprins în total 150 de convalescenți între vîrstele de 17—60 ani.

În faza acută a bolii, forma clinică a fost comună în 123 de cazuri, ușoară în 15 cazuri și gravă în 12 cazuri. Din cele 150 dizenterii confirmate clinic, s-au izolat 74 tulpini Sh Flexneri, 20 Sh. Sonnei și 6 Sh. Schmitzi. Instituirea tratamentului antibiotic s-a efectuat în ziua internării, media fiind a 3-a zi de boală (extremele oscilau între 1 și 11 zile de la debut). Tratamentul de bază aplicat a fost cel cu cloramfenicol timp de 3—5 zile. Acest tratament a fost completat pe baza antibiogrammei din cauza rezistenței la cloramfenicol, resp. din cauza evoluției trenante, cu neomicină în 27 cazuri și cu tetraciclină în 13 cazuri. În 33 cazuri s-a asociat butazolidină în doze de 10 mg/kg corp timp de 1—2 zile.

În urma tratamentului aplicat, evoluția bolii a fost ușoară, resp. comună în majoritatea cazurilor, evoluție trenantă s-a constatat în 25 cazuri. Media timpului de spitalizare la bolnavii de dizenterie acută a fost de 11 zile. Toți bolnavii noștri au părăsit clinica cu coproculturi negative.

În urma primului examen de control s-au considerat vindecați 12 (40%) bolnavi. Din cei 18 (60%) convalescenți, care prezentau sechele postdizenterice, 2 au fost purtători de bacili dizenterici, iar 2 au prezentat simptomatologia unei dizenterii cu o evoluție trenantă, care pe baza aspectului friabil al mucoasei și al alternării zonelor hiperemice cu zone palide cenușii, ne-au determinat să le apreciem la examenul endoscopic ca dizenterii cronice. Acest diagnostic s-a confirmat ulterior prin evoluția bolii.

Convalescenții în număr de 14 (47%) se prezentau cu o gamă variată de acuze subiective, dintre care cele mai frecvent întîlnite au fost oboseala, astenia, balonarea, dureri în etajul superior al abdomenului, diaree de origine alimentară cu scaune păstoase, fără elemente patologice sau mucozități. Substratul anatomic al acestor acuze a fost inflamația catarală persistentă a tractului digestiv. Aceasta se manifestă clinic prin spasticitatea și durerea colonului descendent și sigmoidean, radiologic prin accelerarea pasajului baritat, rectoromanoscopic prin leziuni catarale sau catarale hemoragice. La bolnavii acestui grup s-a constatat o achilie, resp. hipoaciditate gastrică. Această simptomatologie este caracteristică pentru dispepsiile postdizenterice, ale căror frecvență a scăzut în lunile următoare în mod considerabil.

La trei luni după externare s-au găsit sechele postdizenterice la 9 (30%) din cazuri. Dizenterie cronică s-a constatat la 2 bolnavi; am depistat 3 purtători de germeni dizenterici, iar 4 dintre convalescenții acestui grup acuzau balonări, dureri epigastrice și tulburări de tranzit în sensul unor diaree în general fără colici, cu scaune păstoase sau mucoase. Examenul endoscopic a pus în evidență leziuni catarale hemoragice sau proliferative care, împreună cu achilia gastrică și acuzele subiective, ne permit să le interpretăm ca enterocolite postdizenterice. (Reversibilitatea acestora s-a afirmat prin faptul că frecvența lor a scăzut în semestrul II de la 10% la 4%) (fig. 1)

Examenle de control, efectuate la 6, resp. 12 luni după boala acută, nu au arătat deosebiri semnificative în privința numărului total al sechelelor postdizenterice. În această perioadă s-au declarat vindecați 75% din convalescenții reexaminați. Numărul dizenteriiilor cronice a crescut însă semnificativ, fiind depistate 8 cazuri, ceea ce denotă o frecvență de 2 ori mai mare față de cea găsită în primul semestru. În schimb frecvența enterocolitelor postdizenterice a scăzut pînă la sfîrșitul primului an la 4% (fig. 1).

În cursul primului an după externare, spasticitatea dureroasă a colonului descendent și sigmoidean a scăzut de la 70% a cazurilor la 30%. Acest procentaj cores-

punde cu aproximație sechelelor postdizenterice aflate de noi, dovedind că acest semn clinic are o valoare practică în depistarea acestora. În total am avut 8 purtători convalescenți (5,3%). În 2 cazuri s-au găsit tulpini rezistente față de cloramfenicol, resp. schimbarea sensibilității față de acest antibiotic în timpul tratamentului în faza acută a bolii. Într-un caz starea de purtător Flexner s-a asociat unei ascaridioze masive.

### Discuții

Dintre antibioticele folosite în tratamentul dizenteriei, cloramfenicolul este în momentul de față cel mai eficace, cu toate că rezistența față de acest antibiotic este în continuă creștere (1, 3, 5, 6, 9); chiar în cursul tratamentului cu cloramfenicol se semnalează apariția tulpinilor polirezistente față de antibioticele uzuale (10). Rezistența tulpinilor *Shigella* diferă de la o regiune la alta, în funcție de tipurile dominante și de antibioticele folosite. Antibio-gramele denotă creșterea rezistenței de la 15% la 28% în materialul nostru, în urma schimbării chimiosensibilității *Shigellelor* la tratament. Din acești 23 bolnavi se recrutează 2 purtători de bacili dizenterici, 3 bolnavi cu enterocolite postdizenterice și 5 dizenterii cronice; deci, peste o treime din ei prezintă urmări postdizenterice grave, cu toate că majoritatea au primit și un tratament antibacterian de consolidare cu alte antibiotice.

Urmările dizenteriei acute se caracterizează prin tulburări gastroenterale recidivante. Tabloul clinic și cel morfologic nu este totdeauna concordant, și pînă în prezent nu există o interpretare unică a tabloului endoscopic (7).

Achilia gastrică și hipoaciditatea, consecințele tulburărilor toxice și neuro-endocrine la nivelul mucoasei gastrice, întâlnite la 47% din convalescenți, sînt simptome dominante în primele trei luni ale convalescenței; acestora li se datoresc variatele acuze subiective. În același timp se observă leziuni catarale sau catarale hemoragice reversibile la examenul endoscopic care ne atrag atenția asupra prelungirii convalescenței în dizenterie (4, 5).

Persistența achiliei gastrice este urmată de disbacteria intestinului, cu dispepsii intermitente care produc tabloul clinic al enterocolitelor postdizenterice. Între aceste forme ale bolii și dizenterile cronice tabloul clinic se deosebește puțin, diagnosticul diferențial făcîndu-se în primul rînd pe baza examenului rectosigmoidoscopic și radiologic, care relevă edemul și accelerarea pasajului pînă la valvula ileo-cecală. Enterocolita postdizenterică ajunge la 10% în materialul nostru, la grupul convalescenților controlați la 3 și 6 luni, constatîndu-se vindecarea tulburărilor de tranzit după 12 luni la mai mult de 1/2 din aceste cazuri.

Dizenteria cronică se manifestă după un anumit interval de timp de la boala acută, însă uneori boala are un aspect evolutiv cronic chiar de la debutul ei (la primul control am depistat 2 dizenterii cronice). În curs de un an am constatat cronicizarea bolii în 8 cazuri. Frecvența cronicizării bolii este în funcție de unii factori determinanți epidemici și individuali, dar depinde în mare măsură de timpul instituirii tratamentului. Modificările morfologice severe ale dizenteriei netratate sînt și ele reversibile, dar restabilirea lor necesită o perioadă mult mai lungă de timp. Sub acțiunea antibioticelor, chiar leziunile acute severe ale mucoasei intestinale se pot reface în 3—4 zile. La 13 din cazurile noastre, tratamentul de dizenterie cronică s-a început după a 7-a zi de boală. Este evident că instituirea precoce a tratamentului antibiotic influențează favorabil nu numai tabloul clinic, dar împiedică și evoluția leziunilor morfopatologice.

Dintre bolnavii de dizenterie cronică 5 au beneficiat de tratament cu neomicină, resp. tetracilină în faza acută a bolii, avînd coproculturi pozitive și

VICTORIA SZEGO, J. KERESTELY:  
DATE NOI PRIVIND CLINICA VIROZELOR RESPIRATORII.

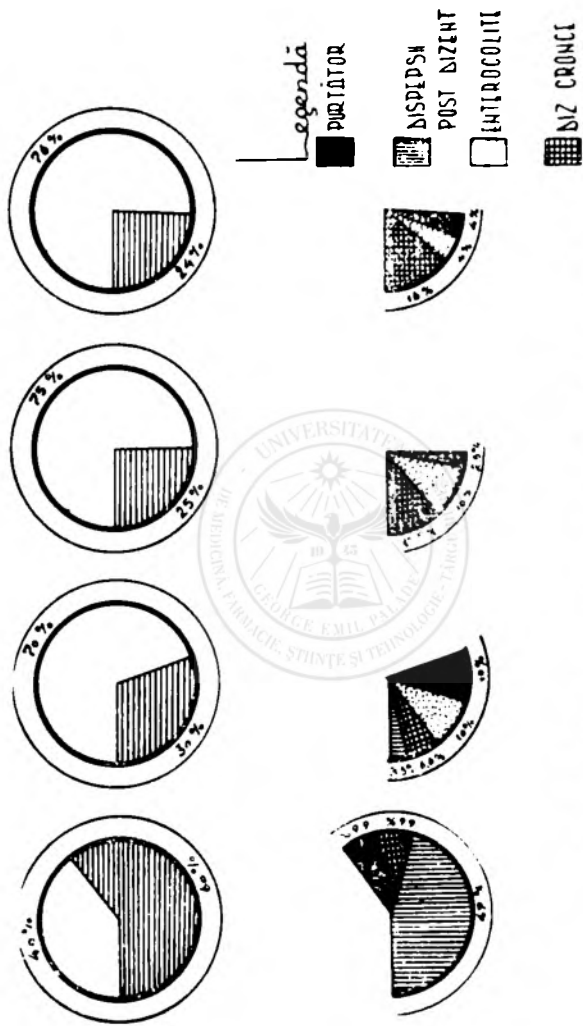


Fig. nr. 1. Frecvența sechelelor postdizenterice la I IV controale efectuate

după tratamentul de bază cu cloramfenicol. Tratamentul antibiotic a fost asociat la 5 bolnavi cu butazolidină. Efectul analgetic, antiflogistic și antipiretic al butazolidinei s-a confirmat și în dizenteria acută. Se pare însă că nici acest farmakon cu efectul său antiflogistic nu este în stare să prevină o cronicizare a bolii sau să reducă numărul purtătorilor convalescenți. Aceste impresii, care se bazează pe un număr redus de observații (33), trebuie confirmate în viitor.

La 5 dintre bolnavii cu dizenterie cronică, am găsit helmintiaze, factor care prin excitațiile mecanice și prelungirea stării de purtător convalescent contribuie la prelungirea, resp. la cronicizarea bolii (4, 6).

### Concluzii

1. Din studiul nostru reiese că dizenteria acută, indiferent de forma ei clinică, are o convalescență lungă, de 3—6 luni, caracterizată prin dispepsii și enterocolite postdizenterice, stări de purtători de bacili dizenterici. Convalescenții de dizenterie necesită deci o supraveghere medicală de lungă durată.

2. Cauza sechelelor postdizenterice se atribuie, în afara factorilor individuali, creșterii chimiorezistenței Shigellelor față de cloramfenicol chiar în cursul tratamentului, instituirii tardive a tratamentului și medicațiilor necorespunzătoare cu antibiotice, helmintiazelor concomitente, precum — și nu în ultimul rind — faptului că simptomele postdizenterice nu sînt supravegheate și tratate la timp.

3. Se constată că vindecarea dizenteriei acute este în funcție de precocitatea instituirii și a conduitei corecte a tratamentului antibacterian, cît și de sterilizarea bacteriologică a bolnavului în timpul spitalizării.

*Sosit la redacție: 28 iunie 1966.*

### Bibliografie

1. BRODHAGE H.: Schweiz. Med. Wschr. (1963), 31, 1063; 2. BINDER L., BODOR GY., MIHÁLYFI IRÉN: Orv. Hetilap (1961), 26, 1209; 3. KOLTA F.: Orvosi Hetilap (1962), 26, 1217; 4. KALOCSAI K.: Dysenteria, Budapest, 1955, p. 293—304; 5. KONRÁD I.: Experimentele noastre din anii 1960—64 în problema chimiosensibilității Shigellelor (sub tipar); 6. KERESTÉLY J.: Unele aspecte clinice ale parazitozelor intestinale. Consfătuirea de pediatrie, Călimănești 27—28. IX. 1963; 7. LEONESCU M.: Med. Internă (1957), 4, 606; 8. LEONESCU M., PEREDERI S., BUTOIANU C., DUNĂ F., LAMBA N., DINESCU C.: Med. Internă (1963), 10, 1219; 9. VOICULESCU M., RUS M., NEGREANU N., CĂNUESCU V., ADLERSBERG R., MICHEL P.: Med. Internă, (1957), 4, 525; 10. WATANABE F.: Bacteriol. Rev. (1963), 27, 87.