

cordate privind TB, medicii de familie tind să obțină cunoștințe temeinice în acest domeniu. Ei obțin volumul de cunoștințe necesar în perioada studiilor postuniversitare la Catedra *Pneumoftiziologie* a USMF *Nicolae Testemițanu*.

În structura epidemiologică a TB este foarte important nivelul social și cel material, care la bolnavii de tuberculoză sunt foarte joase. De aceea, pentru medicul de familie este important să studieze aceste situații, în scopul ridicării calității vieții pacientului. Luând în considerație datele obținute, starea medico-socială a bolnavilor de tuberculoză, devine clar că mulți din ei au nevoie de suport social, psihologic, juridic, de acea au fost efectuate unele modificări în ajutorul antituberculos. În anul 2011, cu ajutorul Fondului Global, au fost deschise multe centre comunitare (Community Centre) pentru susținerea bolnavilor de TB, ceea ce a avut o mare importanță în activizarea lucrului sanitaro-informativ, în efectuarea unui complex de măsuri cu caracter sociopsihologic, pentru a atrage la tratament cât mai mulți bolnavi de tuberculoză.

Datorită colaborării internaționale, în special cu OMS, au avut loc schimbări radicale în viziunea multor aspecte ale Programelor Naționale de luptă cu TB. Au fost revăzute radical compartimentele care țineau de supravegherea epidemiologică și monitoringul TB, screeningul diagnosticării, cuprinderea generală cu asistență medicală și profilaxia TB în contextul complex al sistemului ocrotirii sănătății și al protecției sociale, iar în practica medicului de familie au apărut noi metode de activitate.

Concluzie

Sistemul nou ce activează în asistența curativă și de reabilitare a bolnavilor de tuberculoză și a persoanelor cu ITL, creșterea rolului medicilor de familie, cărora le revine efectuarea celor mai multe măsuri antituberculoase, ne permit să susținem că în Republica Moldova va fi realizată Strategia OMS de lichidare a tuberculozei.

Bibliografie

1. *Global Tuberculosis Report 2016*. WHO/HTM/TB/2016.13. Geneva, World Health Organization, 2016.
2. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2016*. ECDC/WHO regional Office in Europe, 195 p.
3. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С. Е., Стерликов С.А. *Заболееваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации*. В: Туберкулез и болезни легких, 2017, т. 95, № 7, с. 8-15.
4. Равильоне М.К., Коробицын А.А. *Ликвидация туберкулеза – новая стратегия ВОЗ в эру Целей Устойчивого Развития, вклад Российской Федерации*. В: Туберкулез и болезни легких, 2016, т. 94, № 11, с. 7-15.

DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN TUBERCULOZA TRACTULUI GASTROINTESTINAL

Victor BOTNARU¹, Doina RUSU¹, Evghenia SCUTARU¹, Gheorghe GROZA², Victoria NICOLAEV¹,

¹Departamentul *Medicină Internă*,
IP USMF *Nicolae Testemițanu*,

²Institutul de Ftiziopneumologie *Chiril Draganiuc*

Introducere

Tuberculoza (TB) poate afecta oricare dintre segmentele tractului gastrointestinal (TGI), cea mai frecventă localizare fiind cea ileocecală (80-90%). Constituind 4-6% dintre toate cazurile de tuberculoză extrapulmonară, incidența cazurilor de TB gastrointestinală este în creștere, în special pe seama bolnavilor HIV pozitivi. Până la 15-25% dintre bolnavii cu TB intestinală au afectare pulmonară concomitentă, iar 50-90% din pacienții cu TB pulmonară activă au un anumit grad de implicare gastrointestinală, ceea ce se explică prin sputa cu *M. tuberculosis* (MBT) înghițită.

Scopul studiului

Scopul cercetării a fost analiza unei serii de cazuri cu TB de TGI, pentru evidențierea dificultăților de diagnostic și de management.

Material și metode

Au fost analizate retrospectiv șapte cazuri de TB a TGI, pacienți spitalizați în Institutul de Ftiziopneumologie *Ch. Draganiuc*. Au fost documentate manifestările clinice, rezultatele investigațiilor paraclinice, schemele de tratament și durata terapiei antituberculoase.

Rezultate obținute

Eșantionul cuprinde 7 pacienți (3 femei și 4 bărbați) cu vârsta între 27 și 46 de ani, majoritatea (5 din 7) HIV infectați, cu nivelul CD4 sub 200/μl. Cauzele diagnosticului tardiv de TB a TGI au fost: adresarea tardivă în 6 cazuri (cu omiterea manifestărilor de către medicul de familie – 2 cazuri, de internist – 2, de ftiziopneumolog – 2 cazuri) și lipsa vigilenței sporite a medicilor și a populației – 1 caz. La 6 pacienți, TB TGI a fost confirmată în cadrul TB generalizate, majoritatea dintre ei prezentând afectare pulmonară concomitentă. Cea mai frecventă manifestare a fost durerea abdominală – la 5 din cei 7 pacienți, iar 4 din 7 au avut iritație peritoneală și febră până la 40°C. Pacienții fără durere abdominală au prezentat un debut insidios cu subfebrilitate, inapetență, scădere ponderală, transpirații nocturne.

Toți bolnavii erau cașectici, cu IMC în limitele 15-17 kg/m². Mai rar au fost semnalate sindromul dispeptic, malabsorbția, ascita, sindromul icteric. Complicații acute ale TB abdominale au fost atestate la 4 pacienți (perforație intestinală, fistule, ulcere, peritonită tuberculoasă sau obstrucție intestinală). Dar au fost semnalate și cauze intricate ale manifestărilor abdominale (sindrom dispeptic, icteric, sindromul de citoliză hepatică, durere abdominală), cum ar fi intoleranța medicamentoasă la preparate antituberculoase, comorbiditățile (ulcere gastroduodenale, pancreatite).

Testele de laborator de rutină au arătat rezultate nespecifice. Doar la un pacient s-a efectuat tomografia computerizată fără contrast, care a decelat ganglionii limfatici (GL) retroperitoneali și mezenterici majorați. Colonoscopia nu a fost efectuată la niciun pacient. Prin microscopie, metode molecular-genetice și prin culturi (MGIT și LJ) *M. tuberculosis* a fost detectată în toate cazurile, cu multidrogrezistență la 2 pacienți. Diagnosticul de tuberculoză abdominală a fost confirmat histologic la 4 bolnavi, toți au fost supuși intervenției chirurgicale pentru managementul complicațiilor survenite: perforație de intestin, peritonită. La un pacient tuberculoza tractului digestiv a fost confirmată la necropsie.

Modificările macroscopice vizualizate intraoperatoriu: perforații multiple de intestine, peritonită purulentă fibrinoasă cu tuberculi diseminați pe peritoneu, ascită, îngroșarea parietală intestinală cu leziuni tuberculoase circulare și zone de necroză, mai avansate în regiunea ileocecală, GL mezenterici și pancreatici majorați în dimensiuni.

Tratamentul pacienților cu tuberculoză cu germeni sensibili la preparate antituberculoase a fost prelungit de la 6 la 12 luni, un caz finalizat cu deces la 5 luni de la inițierea terapiei anti-TB.

Discuții

Diagnosticul tuberculozei gastrointestinale este o adevărată provocare în practica medicală la diferite nivele: medic de familie, internist, ftiziopneumolog. Factorul de risc major îl constituie imunosupresia, în special din HIV. Prezența durerilor abdominale nespecifice, a febrei și ascitei trebuie să crească suspiciunea de peritonită tuberculoasă. Niciunul dintre semnele clinice sau examenele imagistice, endoscopice, bacteriologice și chiar histopatologice nu oferă diagnosticul de certitudine în tuberculoza gastrointestinală.

De regulă, concluzia de diagnostic se bazează pe rezultatele testelor imagistice și histopatologice relevante. De asemenea, este rezonabil examenul pentru MBT al fecalelor prin culturi și teste molecular-genetice (Xpert MTB/Rif), rezultatul pozitiv al acestora face etiologia tuberculoasă foarte probabilă. Pe lângă examenul radiografic baritat, suspectarea

de diagnostic poate fi indusă de modificările tomografiei computerizate, precum îngroșarea murală concentrică a regiunii ileocecale cu sau fără dilatare intestinală proximală, potențial însoțită de limfadenopatie (cu centre hipodense cauzate de necroza caseoasă.) în mezenterul adiacent. Probarea histologică se face prin examenul prelevatelor biopaticale ale mucoasei intestinale, colectate în timpul examenului endoscopic, ultimul evidențiind semne de colită ulcerativă sau hipertrofică.

În cazurile analizate, tuberculoza gastrointestinală a fost confirmată prin metode bacteriologice, dar și prin examen histologic în cadrul intervențiilor chirurgicale de urgență pentru rezolvarea complicațiilor survenite.

Concluzie

Cauzele principale ale diagnosticului tardiv al tuberculozei gastrointestinale sunt adresarea tardivă, omiterea manifestărilor patologiei, lipsa vigilenței sporite a medicului de familie, care au determinat complicații multiple, cu prelungirea duratei de tratament, dar și cu cazuri fatale.

Bibliografie

1. Botnaru V. *TB abdominală*. În: Compendiu de gastroenterologie, 2006, p. 469-475.
2. *Protocol clinic național "Tuberculoza la adult"*. Chișinău, 2015.
3. Debi U., Ravisankar V., Prasad K. et al. *Abdominal tuberculosis of gastrointestinal tract: revisited*. In: World J. Gastroenterol., 2014, nr. 20(40), p. 14831-14840.
4. Castillo Ramos R., Villalón Montenegro C., Molina Pezoa M., Urrejola Schmied G. *Abdominal tuberculosis, a diagnostic dilemma: report of a series of cases*. In: Medwave, 2015, Sep., nr. 15(8), p. 62-71.

CZU: 616.24-002.5-036.22-053.2

ASPECTELE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ALE TUBERCULOZEI LA COPII ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ

Alexandra ȚOPA³, Elvira IAVORSCHI²,
Diana CHIOSA³, Rodica IGNAT³,
Constantin IAVORSCHI¹,

¹IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc,

²Departamentul Pediatrie, IP USMF Nicolae Testemițanu,

³Catedra Medicină de Familie, IP USMF Nicolae Testemițanu

Introducere

Studiile din literatura de specialitate au arătat că, datorită particularităților anatomofiziologice și imunologice, copiii de până la un an reprezintă