

unul dintre cele mai vulnerabile categorii de vârstă predispuse infectării și îmbolnăvirii de tuberculoză. Imaturitatea sistemului limfatic, perioadele critice ale maturizării sistemului imun caracteristice primului an de viață, adițional condițiile familiale în care există bolnavi ce elimină micobacterii TB, impun cerințe sporite în efectuarea unor măsuri profilactice, de diagnostic și de tratament al tuberculozei (TB). Diagnosticul diferențial al TB la copii este îngreunat și adesea însoțit de greșeli.

Scopul studiului

Autorii au avut drept scop cercetarea formelor clinice, caracteristicilor evoluției și importanței factorilor de risc în dezvoltarea tuberculozei la copii în primul an de viață.

Material și metode de cercetare

Au fost analizate 37 de cazuri de îmbolnăviri cu tuberculoză la copii în vârstă de la 3 luni până la 1 an (24 băieți, 13 fete), înregistrate în perioada 2007–2012.

Rezultate obținute și discuții

S-a constatat că ganglionii limfatici la copii în prima lună de viață au un rol nesemnificativ în procesul infecțios, care nu se limitează la nivelul acestora, ci se generalizează ușor. În structura formelor clinice analizate, tuberculoza ganglionilor limfatici mediastinali (25 din 37) a ocupat primul loc, majoritatea bolnavilor având o afectare bilaterală. Pe locul doi s-a plasat complexul tuberculos primar, iar pe locul trei – tuberculoza generalizată, cu afectarea nu numai a aparatului respirator, dar și a SNC, ficatului, splinei, rinichilor. Șapte pacienți au avut complicații, dintre care patru erau contagioși, iar unul – cu TB-MDR.

Tabloul clinic varia în funcție de particularitățile de vârstă și de reactivitatea individuală a copilului. Cu cât vârsta copilului era mai mică, cu atât sindromul toxico-infecțios și modificările din sistemul bronhopulmonar și alte sisteme erau mai pronunțate. La această categorie de bolnavi predomina debutul acut al bolii. Cele mai frecvente simptome întâlnite erau deficitul de adaos ponderal, febra, respirația dificilă, tusea neproductivă. Destul de frecvent copiii se îmbolnăveau de tuberculoză în perioada de toamnă–iarnă și la începutul primăverii (28 de copii).

Jumătate dintre pacienți prezentau un fond premorbid nefavorabil, în 100% cazuri aceștia au fost în contact cu bolnavi de tuberculoză, inclusiv 30% – cu bolnavi de TB-MDR. Mama a servit drept sursă de infectare pentru jumătate dintre cazuri, tata – pentru 12 cazuri, dar au mai figurat de asemenea bunei și bunici, mătuși și unchi. A fost observată atât importanța condițiilor nefavorabile socioeco-

nomice și de trai, a defectelor vaccinului BCG sau lipsa acestuia, cât și nașterea copilului de la o mamă infectată cu HIV. Asocierea mai multor factori de risc a agravat patogenia și evoluția bolii, de aceea debutul tuberculozei lua forma unei maladii grave. Jumătate dintre bolnavii de tuberculoză au fost diagnosticați la adresare, iar în 3 cazuri – post-mortem. Cele mai importante cauze de diagnostic tardiv și post-mortem au fost deficiențele în colectarea anamnezei, neaprecierea factorilor de risc și neutilizarea tehnologiilor moderne.

Diagnosticarea tuberculozei cu ajutorul tuberculinei a fost utilizată foarte rar. Proba Mantoux cu 2 UT PPD la sugari a prezentat un număr mare de rezultate fals-pozitive și fals-negative, ceea ce a impus folosirea investigațiilor suplimentare pentru confirmarea diagnosticului. În legătură cu tuberculoza primară oligo- și abacilară la majoritatea copiilor, testele microbiologice tradiționale (analiza sputei prin lavaj gastric) au fost insuficiente. În schimb, analiza microbiologică a sângelui pentru diagnosticarea tuberculozei, bazată pe cunoașterea persistenței micobacteriemiei, ca o etapă a procesului infecțios în tuberculoza primară, și analiza ADN (PCR) s-au dovedit a fi utile.

Concluzie

Astăzi rămâne actuală nu numai cunoașterea particularităților clinico-patogenetice ale tuberculozei la copii în primul an de viață, folosirea corectă a metodelor contemporane de diagnostic, ci și colaborarea medicilor de familie și a specialiștilor din ftiziopneumologie pentru eficientizarea procesului de diagnostic și de tratament al tuberculozei.

CZU: 616.24-005.98

ABORDAREA EDEMULUI PULMONAR ÎN PRACTICA CLINICĂ: ÎNTRE CONSENS ȘI CONTROVERSE

Victor BOTNARU, Oxana MUNTEANU,
Departamentul Medicină Internă,
IP USMF Nicolae Testemițanu

Introducere

Edemul pulmonar, definit prin acumularea anormal crescută a lichidului în plămân, este o urgență medicală prin cele două forme clinice (cardiogen și noncardiogen), care deși au cauze distincte, inițial

pot fi o adevărată provocare pentru clinician, având manifestări clinice similare.

În cazul edemului pulmonar cardiogen, anamneza este de obicei revelatoare pentru antecedente de boală cardiovasculară (asociată cu disfuncție ventriculară stângă sau hipertensiune venoasă pulmonară), pe fondul căreia survine un factor precipitant.

Diagnosticul pozitiv este susținut de aspectul imagistic tipic, prezentat inițial printr-un desen interstițial nestructurat (edem interstițial), care evoluează spre opacități alveolare difuze, dependente de gravitație, cu o distribuție perihilară în "aripi de fluture".

Scopul studiului

Scopul acestei cercetări a fost evidențierea dificultăților de diagnostic și de management, prin analiza unei serii de cazuri cu edem pulmonar internate în clinica de pneumologie pentru suspectarea infecției pulmonare.

Material și metode

A fost analizată retrospectiv o serie de 13 cazuri de edem pulmonar, pacienți spitalizați în clinica de pneumologie. Au fost documentate manifestările clinice, rezultatele investigațiilor paraclinice și metodele de tratament.

Rezultate obținute și discuții

Contingentul celor 13 pacienți din studiu include 5 femei și 8 bărbați, cu vârsta cuprinsă între 18 și 74 de ani. Edem pulmonar unilateral a fost apreciat în 2 cazuri, edem pulmonar bilateral, dar cu repartitie asimetrică – alte 2 cazuri; un caz de edem pulmonar din feocromocitom, un caz de edem pulmonar neurogen la o pacientă cu epilepsie. Într-un caz, edemul pulmonar a fost considerat ca o complicație la o pacientă cunoscută cu defect de sept interventricular, necroptic confirmată infecția cu *Micobacteria tuberculosis*.

Endocardita infecțioasă ca și cauză a glomerulonefritei a fost confirmată necroptic într-un caz, edemul pulmonar fiind considerat ca manifestare a plămânului uremic. În baza manifestărilor imagistice de la HRCT toracică, pattern limfangitic a fost identificat în 3 cazuri, care au impus diagnosticul diferențial cu limfangita carcinomatoasă și proteinoza alveolară.

Concluzii

Erorile de diagnostic în edemul pulmonar mai des sunt cauzate de aspectul imagistic atipic prin afectare unilaterală sau repartitie bilaterală asimetrică, vârsta tânără cu lipsa datelor anamnestice de patologie cardiacă, pandemii virale, dar și de accesibilitatea limitată a investigațiilor ce ar permite efectuarea unui diagnostic diferențial rapid (EcoCG, inclusiv transesofagiană, proBNP, troponine).

CZU: 616.233-007.64

REABILITAREA PULMONARĂ – PREDICTORUL CALITĂȚII VIEȚII ȘI FUNCȚIEI PULMONARE LA PACIENȚII CU BRONȘIECTAZIE NONFIBROZĂ CHISTICĂ

Irina VOLOȘCIUC,

Departamentul Medicină Internă,
IP USMF Nicolae Testemițanu

Bronșiectaziile reprezintă o boală respiratorie progresivă a căilor aeriene, definită anatomic prin dilatație anormală și progresivă a bronhiilor, manifestată clinic prin tuse, expectorații și infecții respiratorii recurente [1]. Este o afecțiune înalt eterogenă în ceea ce privește etiologia, severitatea și evoluția clinică (1–7). Bronșiectaziile pot avea origine genetică sau dobândită, cel mai frecvent fiind rezultatul unor infecții ale tractului respirator (bronșiectazii posttuberculoase, aspergiloza bronhopulmonară alergică etc.) [2].

Exacerbările sunt recunoscute a fi evenimente importante în evoluția naturală a bronșiectaziilor, conducând la progresarea maladiei, la modificări ireversibile la nivelul arborelui bronșic, precum și la deteriorarea funcției pulmonare și a calității vieții. Rata exacerbărilor diferă de la caz la caz, variind de la 0 la 9 evenimente pe an [3], determinând cheltuieli importante suportate de sistemul medical [4].

Semnificația identificării pacienților ce prezintă un risc sporit de a dezvolta o nouă exacerbare este ilustrată de numeroase studii clinice care subliniază necesitatea terapiei preventive [3] și nu în ultimul rând a reabilitării pulmonare (RP) [5].

Componentele de bază ale managementului bronșiectaziilor sunt: confirmarea diagnosticului, cu aprecierea severității bolii; tratament specific etiologic (în cazul în care este posibil); evitarea factorilor de risc asociați cu exacerbările; kinetoterapie, aerosoloterapie, antibioterapie, medicație bronhodilatatoare și mucolitice; tratament chirurgical (la pacienții ce întrunesc criteriile necesare) și tratamentul complicațiilor [6].

Reabilitarea pulmonară, având un rol-cheie în managementul pacientului cu bronșiectazii, reprezintă un program multidisciplinar [5], cu scop de ameliorare a simptomelor, creșterea toleranței la efort fizic, scăderea numărului de exacerbări și spitalizări, îmbunătățirea calității vieții pacientului, cu oferirea posibilității de integrare în societate [7].

Administrarea izolată a tratamentului medicamentos va avea un impact limitat asupra încetinirii