

totalmente. Până vor obține mai multe informații din domeniu, nu se recomandă utilizarea zilnică a profilaxiei pentru contactii TB MDR.

Concluzii

1. Chimiorezistența la copii și adolescenți mai frecvent este primară, ca consecința transmiterii unei tulpini rezistente de la adult.
2. În majoritatea cazurilor se evidențiază rezistența la preparatele antituberculoase de bază.
3. Sensibilitatea *M.tuberculosis* la preparatele antituberculoase la copii și adolescenți în general corespunde cu sensibilitatea la preparatele antituberculoase a sursei de infecție.
4. Tuberculoza drogrezistentă la copii și adolescenți necesită o atenție deosebită și acțiuni imediate, deoarece chimiorezistența are impact negativ asupra eficienței tratamentului antituberculos.

Bibliografie

1. Аксенова В.А., Лугинова Л.И., Мадасова В.Г., Гегеева Ф.Э. Лекарственно-устойчивый туберкулез у детей и подростков в России. 12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Москва, 11-15 ноября 2002 г.
2. Иванова Л.А., Павлова М.В., Кондакова М.Н. Клинико-бактериологические аспекты лекарственно-устойчивого туберкулеза у подростков. 12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Москва, 11-15 ноября 2002 г.
3. Лугинова Е.Ф., Иванова А.П., Золотарева Н.А. Особенности бактериовыделения и частота лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза у детей и подростков в Республике Саха (Якутия). 12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Москва, 11-15 ноября 2002 г.
4. Karande S, Bavdekar SB. Children and multidrug-resistant tuberculosis in Mumbai (Bombay), India. *Emerg Infect Dis* [serial online] 2002 Nov [date cited]; 8. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol8no11/02-0513.htm>
5. Steiner P, Rao M, Mitchell M, Steiner M. Primary drug-resistant tuberculosis in children. Correlation of drug-susceptibility patterns of matched patient and source case strains of *Mycobacterium tuberculosis*. *Am J Dis Child*. 1985 Aug; 139(8):780-2.
6. Schaaf HS, Gie RP, Beyers N, Sirgel FA, de Klerk PJ, Donald PR. Primary drug-resistant tuberculosis in children. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000 Dec; 4(12):1149-55.
7. Schaaf HS, Michaelis IA, Richardson M, Booyesen CN, Gie RP, Warren R, van Helden PD, Beyers N. Adult-to-child transmission of tuberculosis: household or community contact? *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003 May; 7(5):426-31
8. Kanavaki S, Mantadakis E, Nikolaou S, Karambela S, Samonis G. Antimicrobial resistance of *Mycobacterium tuberculosis* isolates from children in Greece, 1994-2004. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007 Apr; 11(4):424-8.
9. Méndez Echevarría A, Baquero Artigao F, García Miguel MJ, Rojo Conejo P, Ballesteros Díez Y, Rubio Gribble B, García Rodríguez J, del Castillo Martín F. Multidrug-resistant tuberculosis in the pediatric age group. *An Pediatr (Barc)*. 2007 Sep; 67(3):206-11.

EȘECUL TERAPEUTIC ÎN TRATAMENTUL TUBERCULOZEI PULMONARE

Evelina Lesnic

Catedra Pneumoftiziologie USMF „N.Testemițanu”,
Dispensarul Municipal de Ftiziopneumologie

Summary

Treatment failure in tuberculosis

The effectiveness of DOTS antituberculous treatment achieves only 70% in our country, instead of 85% recommended by OMS. The epidemiological indexes are influenced by the social categories of patients. We studied the characteristic of TB patients with therapeutic failure and the risk factors of the development of therapeutic failure among the new detected TB patients.

Rezumat

Eficiența strategiei DOTS în țara noastră este estimată cu un succes terapeutic de până la 70%, în comparație cu 85% recomandată de OMS. Indicatorii epidemiologici ai TB sunt influențați de categoriile sociale ale pacienților. Am studiat particularitățile bolnavilor de TB cu eșec terapeutic și factorii de risc în dezvoltarea eșecului la cazurile noi de TB pulmonară.

Introducere

Strategia de control al TB DOTS recomandată de OMS prevede o rată de vindecare a cazurilor noi de TB până la 85% (1). Acest indice la noi în țară nu depășește 73% (2), în România ajunge la 83-85% (3). Rezultatul direct al tratamentului neadecvat, incomplet sau a administrării neregulate este instalarea eșecului terapeutic. Definiția actuală al eșecului terapeutic include bolnavul de tuberculoză pulmonară BK pozitiv la microscopie care a rămas BK pozitiv la microscopie la 5 luni sau mai mult de tratament, dar și bolnavul de tuberculoză pulmonară BK negativ la microscopie care a devenit BK pozitiv la microscopie la sfârșitul a 2 luni de tratament. Rata eșecului terapeutic depinde de specificul categoriei sociale de pacienți supuși tratamentului. Astfel rata eșecului tratamentului antituberculos administrat bolnavilor din populația generală în Moldova este de 9,4% (2), la deținuți 16,5%-20%, ponderea eșecului din caz nou și eșecului din recidivă la cazurile cu multidrogrezistență ajunge la 18%, în România 2,5-3,5% (3), la populația romă din România 22,2% (3). Majoritatea bolnavilor cu eșec terapeutic aparțin grupurilor social vulnerabile, care includ consumatorii de alcool, droguri, HIV infectați, deținuți, migrați sau navetiști, persoane fără loc de muncă, de trai și alte categorii cu risc. Procesul de depistare a îmbolnăvirii și administrării unui tratament corect este foarte dificil în rîndul acestor categorii de populație, iar rata eșecului terapeutic ajunge la nivel foarte înalt.

Scop

Studierea contingentului de bolnavi de tuberculoza caz nou cu eșec terapeutic

Sarcini

1. Studiarea factorilor de risc epidemiologici, sociali și medico-biologici în dezvoltarea eșecului terapeutic la bolnavii de tuberculoza pulmonară caz nou.
2. Studiarea particularităților clinico-radiologice și microbiologice a bolnavilor de tuberculoza caz nou cu eșec terapeutic.

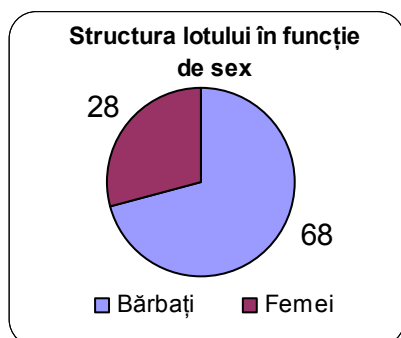
Materiale și metode

Studiul a examinat 96 de cazuri noi de tuberculoză pulmonară cu eșec terapeutic internate în Spitalul Clinic Municipal de Tuberculoză în perioada 2001-2007.

Pacienții incluși în studiu au fost examinați prin colectarea detaliată a anamnezei, examenul clinic, examenul radiologic al toracelui în două proiecții, tomografia plană a toracelui, examenul bacteriologic al sputei (bacterioscopia sputei, și cultura), investigațiile de laborator (analiza generală a sîngelui, analiza urinii, examenul biochimic al serului (transaminazele, ureea, creatinina)) și de laborator (fibroscopia bronșică, evaluarea mecanicii respiratorii).

Rezultate

Din cadrul factorilor de risc epidemiologici și sociali s-a analizat vîrsta, sexul, igiena și condițiile domiciliare, nivelul social și educațional, angajarea în cîmpul muncii, condițiile de muncă și nocivitățile profesionale, statutul social, contactul tuberculos.



Studiul a arătat că bărbații au constituit 68 de pacienți (70,0%), iar femeile 28 de pacienți (30,0%). raport caracteristic pentru morbiditatea prin tuberculoză.

Ponderea eșecului terapeutic atinge cota maximă în ultimul an de studiu (2007)-18,3% din pacienții studiați. Majoritatea din lotul masculin au constituit bărbați de vîrstă 35-44 ani- 20 pacienți (29,2%), datorat factorilor de risc majori de îmbolnăvire: alcoolism, narcomanie, deținuți, lipsa stabilității domiciliare, ne angajarea în muncă. Iar cea mai frecventă vîrstă afectată la femei a constituit 16-24 ani 11paciente

(39,4%), cauzat de condițiile fiziologice ca sarcina, lactația, iresponsabilitatea pentru sănătatea și viața proprie. Vârsta medie a bolnavului de tuberculoză pulmonară caz nou cu eșec terapeutic a constituit 35 de ani.

S-a examinat mediul de trai al bolnavilor. S-a studiat nivelul de studii, ca marker al culturii generale și igieno-sanitare. S-a determinat că aveau studii medii 41 de pacienți (43,3%), studii medii incomplete 30 (31,4%), studii profesionale speciale 10 pacienți (10,2%).

Deși 98,0% din bolnavi au fost în vârstă aptă de muncă, majoritatea lor 67,8% n-au fost încadrați în câmpul de muncă, astfel motivând lipsa poliței de asigurare medicală obligatorie. Starea socială a evaluat profesiile exercitate de bolnavii antenați în câmpul muncii. Muncitorii au constituit 59,7%, funcționarii 7,6%, pensionarii de vârstă și invalizii pe alte cauze 10,0%, fără

vreo profesie au constituit 18,2% din examinați. Persoanele periclitante au constituit 16,4% din bolnavi, din sfera învățământului și din sfera deservirii publice.

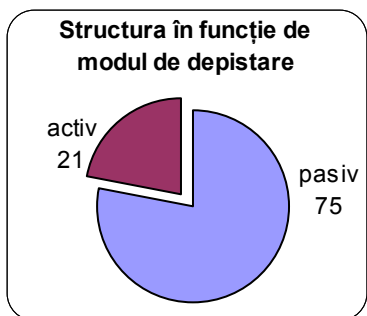
Din cadrul factorilor externi de risc s-a analizat starea social-familială. Ponderea majoritară au constituit persoanele căsătorite-56,0%. Totuși persoanele social vulnerabile celibatarii, divorțații și persoanele văduve au constituit 45,8% din bolnavi. 14 persoane cu risc major

de îmbolnăvire constituiau ex deținuții -10,2%, migranții-5,5 % și un navetist.

Condițiile de viață au fost satisfăcătoare la majoritatea bolnavilor studiați (50,2%), totuși la 36,6% s-a constatat lipsa locului de trai stabil, inclusiv o persoană fără adăpost. Condițiile de muncă au fost rele la majoritatea bolnavilor, care au declarat că sunt angajați.

Din focare de tuberculoză baciliferă erau 42 de bolnavi (43%), din aceștia 34 de focare au constituit focarele de TB/ MDR, iar contactul era familial. La rândul lor acești bolnavi făceau parte din contingentul de contacti a 34 de copii și adolescenți.

În funcție de modul de depistare 75 de bolnavi (78,0%) s-au adresat medicului de familie, iar diagnosticul a fost confirmat de pneumologul de sector. Deci metoda de stabilirea a diagnosticului a fost la majoritatea cazurilor pasivă, prin adresare. Prin metoda activă au fost depistați 21 de bolnavi (22,2%) în urma examenului radiologic profilactic, acești bolnavi fiind din componența focarelor epidemice.

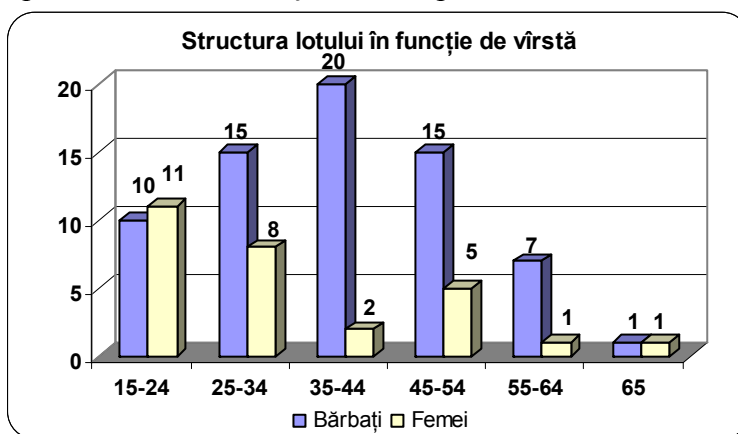


S-a examinat durata de timp de când pacientul se consideră bolnav și pînă la primul consult medical. Au prezentat simptomatologie de o durată de pînă la o lună, adică debut acut - 18 pacienți (19,1%), se considerau bolnavi de aproximativ 1-3 luni, debut subacut-52 de pacienți (54,3%), au fost bolnavi 3-6 luni, debut lent -16 bolnavi (17,4%), iar pacienți asimptomatici

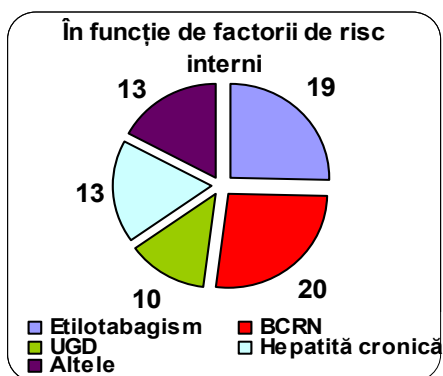
au constituit 10 (10,2%). Concluzionăm că adresabilitatea bolnavilor la medic a fost întîziată la 70,0% din pacienți, iar debutul acut se asocia cu forme grave și cu instalarea complicațiilor acute ca hemoptizie și pleurezie

La internarea în secțiile SCM 37 de bolnavi (40,2%) prezentau o stare generală satisfăcătoare, iar 47 de bolnavi (48,8%) stare generală gravă.

S-a studiat simptomatologia bolnavilor de tuberculoză. În cadrul sindromului de intoxicație tuberculoasă 84 de bolnavi (86,2%) prezentau astenie, 78 de bolnavi (80,4%) scădere în greutate, 54 de bolnavi (56,1%) febră; 53 de bolnavi (54,4%) transpirații nocturne; 19 (20,2%)- anorexie, iar 10 bolnavi au fost asimptomatici.



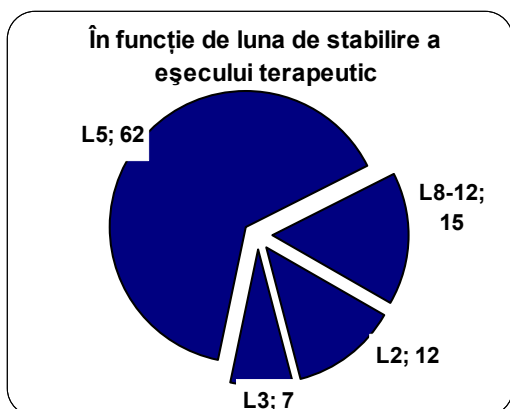
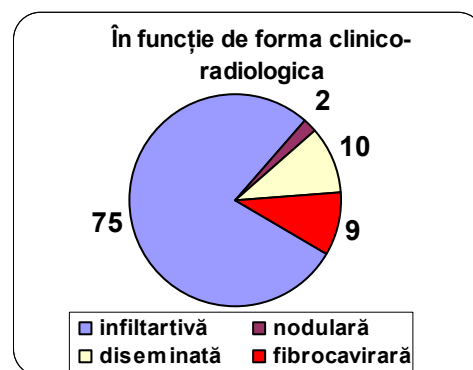
Din cadrul sindromului bronhopulmonar, 85 de bolnavi tușeau (87,2%), aveau expectorații 84 de bolnavi (86,2%), au debutat cu hemoptizie 17 (19,3%), prezentau dureri toracice 13 (15,4%) și dispnee 48 (50,3%).



Din factorii medico-biologici cu risc de îmbolnăvire s-au analizat frecvența bolilor asociate tuberculozei. Cea mai frecventă patologie concomitentă a reprezentat etiologia tabagismului: alcoolismul cronic-19 bolnavi (22,2%), asociat fumatului 26 bolnavi (27,4%), urmat de bolile respiratorii cronice nespecifice (BCRN) 20 de bolnavi (21,2%), frecvent asociate fumatului, hepatita cronică -13 bolnavi (14,2%), ulcer gastro-duodenal (UGD)-10 (11,2%) bolnavi. Diagnosticul clinico-radiologic stabilit la internarea în SCM de Tuberculoză a fost următorul: ponderea covârșitoare

au reprezentat formele clinico-radiologice ale tuberculozei infiltrative-75 de bolnavi (78,4%), urmat de formele de tuberculoză diseminată 10 bolnavi (11,2%) urmată de tuberculoza fibro-cavitară -9 bolnavi (10,4%). Deci toți bolnavii studiați aveau forme avansate de tuberculoză.

Dinstructiile pulmonare parenchimatose la cazurile noi de tuberculoză pulmonară cu eșec terapeutic au prezentat 90 de bolnavi (92,2%), iar diseminarea procesului tuberculos au prezentat 60 de bolnavi (62,7%). Au predominat bolnavii la care tuberculoza prezenta localizare bilaterală chiar de la depistare-71 de bolnavi (77,6%), iar localizare unilaterală au prezentat doar 22 de bolnavi (23,4%). Forme extinse de tuberculoză s-au înregistrat la 77 de bolnavi (80,3%), 19 bolnavi (20,7%) aveau procese tuberculoase relativ limitate. Rezultatele denotă că eșecul terapeutic este direct proporțional cu gravitatea procesului tuberculos. La 3 pacienți, evoluția procesului s-a complicat cu pleurezie, la 8 (10,3%) cu aderențe pleurale, la 17 (19,6%) cu hemoptizie. Aceste forme clinico-radiologice grave de TB se asociau microscopie pozitivă la 62 de bolnavi (64,0%).



Din totalitatea de bolnavi studiați 12 (13,2%) au dezvoltat eșec terapeutic la sfârșitul lunii a II-a de tratament, 7 (8,2%) la 3 luni de tratament, 62 (63,4%) după 5 luni de tratament, 13 (15,2%) după 8 luni de tratament și 2 (2,2%) la sfârșitul a 12 luni de tratament.

Concluzii

Conform rezultatelor studiului concluzionăm următoarele particularități ale bolnavilor de tuberculoză pulmonară caz nou cu eșec terapeutic:

2/3 din pacienți sunt bărbați cu vârstă de 35-45 de ani, iar 1/3 femei de vârstă 16-24 de ani. Majoritatea au domiciliu urban, studii medii, de profesie muncitori, neangajați în muncă 78,8% au fost depistați prin adresare, după 1-3 luni de la debutul simptomatologiei (54,5%), în stare generală gravă (50,0%), cu sindrom de intoxicație tuberculoasă (93,0%) și sindrom bronhopulmonar manifest (90,0%).

Din cadrul factorilor de risc externi de îmbolnăvire predomină factorii sociali (tineri, bărbați, neangajați), cu condiții de trai și muncă rele.

Din cadrul factorilor de risc epidemiologici 43% au fost din contact tuberculos familial

Din cadrul factorilor de risc medico-biologici predomină la bărbați etilotabagismul asociat bolilor respiratorii cronice nespecifice și hepatitei cronice, iar la femei predomină factorii epidemiologici, sarcina și lactația și atitudinea neglijentă față de sănătate.

Forma clinico-radiologică predominantă este infiltrativă (78,8%), cu localizare bilaterală (77,8%), extinsă (80,8%) și diseminare (62,4%). 19,0% din bolnavi au debutat și au prezentat în cursul evoluției bolii hemoptizii. Datorită gravității procesului microscopia sputei a fost pozitivă la 64% din bolnavi.

Eșecul terapeutic a fost stabilit la 63% din cazuri la sfârșitul lunii a5-a de tratament, la 13% la sfârșitul lunii 2 de tratament, aceștia fiind microscopic negativi la debutul tratamentului, și la 17% după 5 luni până la 1 an de la debutul tratamentului. Până în 2006 de antibiogramă nu au beneficiat bolnavii, de aceea despre sensibilitatea tulpinilor izolate putem concluziona după rezultatele culturilor din 2007. Astfel din 42 de bolnavi cu eșec terapeutic cu cultură pozitivă pentru MT 61% prezentau MDR, 48% aveau rezistență primară și 52% rezistență secundară. S-a studiat regularitatea prizei medicamentoase în cursul spitalizării. 50 (54,2%) de bolnavi au luat regulat tratamentul, iar la 46 (46,8%) s-a constatat neregularitatea prizei medicamentoase și abandonul tratamentului, majoritatea fiind externați pe motiv disciplinar.

Discuții

Eșecul în tratamentul TB duce la dezvoltarea TB-MDR, care e o amenințare serioasă pentru menținerea strategiei de control al TB, în special în țările unde TB este endemică. Creșterea ponderii eșecului în proporția rezultatelor terapeutice din an în an se explică prin acumularea bolnavilor căror li s-au administrat regimuri medicamentoase neadecvate, la care rezistența medicamentoasă era deja instalată, la care se adaugă neregularitatea prizei medicamentoase și abandonul tratamentului, caracteristic categoriilor de populație analizate. Alt motiv important al creșterii numărului de eșecuri este standardizarea definițiilor de rezultat al tratamentului: eșec, abandon, recidivă.

Bibliografie

1. Ordinul 180 din 10 august 2001 „Cu privire la implementarea Programului Național de control al tuberculozei din Republica Moldova pentru anii 2001-2005
2. A Zbanț, A. Cardaniuc, V Cebotari Morbiditatea prin tuberculoză în asociația curativ teritorială Botanica, Anale științifice ale USMF 2005, Volumul III,
3. T. Mihaescu; Tuberculosis control in Iasi district. Bucuresti. Pag 120

CARACTERISTICA CAZURILOR PRIMAR DEPISTATE DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Olga Ciobanu, Alina Malic, Oxana Tîrziu

(Conducător științific - Aurelia Ustian, dr. în medicina, conf. univ.)

Catedra Pneumoftiziologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Charateristics in detected of pulmonary tuberculosis in primary cases in mun. Chisinau

A group of patient (377), primary detected in 2007 year who token treatment in the municipal tuberculosis hospital Chisinau, have been studied, 139 (36,9%) per cent with dilated process, bacillary forms 158 (41,9%) has been registred. Begening subacute of the disease was characteristic in 63,1 per cent of cases. 34,2 per cent of cases had different tuberculosis “masks”, respiratory “masks” being predominant. 30,8 per cent of patients, who received nespecific treatment until established clinical diagnostic. Detection was 248(65,8) per cent by active and 129(34,2) per cent of cases by profilactical examination.

Rezumat

A fost analizat un lot de 377 bolnavi primar depistați în a. 2007, care s-au aflat la tratament în staționarul municipal de tuberculoză Chișinău. Forme extinse de tuberculoză