

16. Poulain M., Doucet M., Drapeau V., Tremblay A., Poirier P., Maltais F: Metabolic and inflammatory profile in obese patients with chronic obstructive pulmonary disease. În: Chronic Respiratory Disease 2008, vol.5, p.35-41.
17. Soriano J., Maier W., Egger P., et all. Recent trends in physician diagnosed COPD in women and men in the UK. În: Thorax 2000, vol.55, p.789-794.
18. Чучалин А., Белевский А., Черняк Б. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью лёгких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования ИКАР – ХОБЛ. Пульмонология, 2006, № 5, с.19-27.
19. Чучалин А. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Москва, 2004; с. 34-58.
20. Шмелёв Е.И и др. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями лёгких. Пульмонология. 1998, № 2, с. 79-81.

## **EVOLUȚIA CLINICO-PARACLINICĂ A TUBERCULOZEI PULMONARE INFILTRATIVE, CU EVOLUȚIA SEVERĂ**

**Olga Caraiani**

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie ” Chiril Draganiuc”

### **Summary**

#### *Clinical – paraclinical evolution of infiltrative Pulmonary tuberculosis, with severe evolution*

Based on 54 cases of infiltrative pulmonary tuberculosis, it was found that the disease is initiated most often in young men, able to work in 22 (40.74%) cases being registered alcohol abuse. Clinical symptoms are more pronounced in patients of caseous pneumonia. On the background of TB treatment under DOTS strategy lasting 2-3 months, moderate and considerable resorption of pulmonary infiltration constitute 30.9% of cases. Addressing late to the doctor and the evolution of severe infiltrative pulmonary tuberculosis was recorded in 37 (68.52%) cases, the impact resulted in 15 (27.77%) cases with death.

### **Rezumat**

În baza a 54 pacienți de tuberculoza pulmonară infiltrativă, s-a constatat că afecțiunea se inițiază mai des la bărbați tineri, apți de muncă, în 22 (40,74% ) cazuri fac abuz de alcool. Simptoamele clinice sunt mai pronunțate la pacienți de pneumonie cazeoasă. Pe fon de tratament antituberculos conform strategiei DOTS cu durata de 2-3 luni, resorbția moderată și considerabilă a infiltrației pulmonare a constituit în 30,9% cazuri. Adresarea tardivă la medic și evoluția severă a tuberculozei pulmonare infiltrative a fost înregistrate în 37 (68,52%) cazuri, acest impact s-a soldat în 15 (27,77%) cazuri cu deces.

### **Actualitatea**

Pe parcursul ultimelor două decenii situația epidemică a tuberculozei a cunoscut o agravare semnificativă cu creșterea considerabilă a incidenței, prevalenței și mortalității prin aceasta maladie. Aceasta creștere s-a produs în paralel cu agravarea situației epidemiologice [1;2;3;4 ]. În ultimii ani se remarcă modificarea manifestărilor clinico-radiologice ale tuberculozei pulmonare cu evoluție gravă [5]. Printre formele clinice mai frecvent au început să se constate tuberculoza pulmonară infiltrativă extinsă de tipul lobitei [6]. Tuberculoza pulmonară infiltrativă este mai frecventă în structura tuberculozei pulmonare și alcătuiește 60-70% prin bolnavii primar depistați [7;8]. Tuberculoza pulmonară infiltrativă este prima etapa a ftiziei, frecvent întâlnită la vârsta ftiziogenă, între 18 și 35 de ani [9]. Tuberculoza pulmonară infiltrativă are șansă mai mare în plan de vindecare, dar rezultatele sunt nesatisfăcătoare: stoparea eliminării bacilului Koh constituie 72,5% , închiderea cavităților de destrucție constituie 64,8% [10 ]. Primul loc în

structura formelor clinice ocupă tuberculoza pulmonară infiltrativă la pacienți primar depistați [11].

### Obiectivul

Studierea evoluției tuberculozei pulmonare infiltrative cu evoluție severă și eficacitatea terapeutică a cazurilor noi.

### Materiale și metode

Au fost incluși în studiu 54 pacienți de tuberculoza pulmonară infiltrativă cu evoluția severă, caz nou, dintre care 46 (85,18%) au fost bărbați și 8 (14,8%) au fost femei cu vârsta medie de  $42,0 \pm 1,3$  ani. Investigarea pacienților s-a efectuat în baza datelor: anamnestică, clinice și paraclinice (examen bacteriologic a sputei la BK, examen radiologic a cutiei toracice hemoleucograma și al.). La toți pacienți s-a calculat indicii leucocitari a intoxicației.

### Rezultate și discuții

Analizând statutul social a pacienților, s-au determinat în 68,5% cazuri nu sunt angajați în câmpul muncii. Din deprinderi nocive mai des s-au înregistrat abuz de alcool în 22 (40,74%) cazuri. Adresarea oportună la medic în cazuri de apariția a simptomelor clinice caracteristice pentru tuberculoza pulmonară a constituit 17 (31,48%) cazuri, adresarea tardivă a constituit 37 (68,52%) cazuri. Din anamneză s-a determinat prezența tusei în 54 (100%) cazuri, frecvența și intensitatea sputei depindea de tipul infiltrației. În forma lobară în 30 (55,6%) cazuri acuzeau tusea; în pneumonia cazeoasă în 24 (44,4%) cazuri a fost prezentă tusea frecventă și intensă. S-au înregistrat expectorații muco-purulente în 28 (51,9%) cazuri, expectorații muco-seroase în 15 (27,8%) cazuri. Expectorații scunde au fost în 12 (22,2%) cazuri, din cauza de afectarea funcției de drenarea a bronșiilor, cauzată de lezarea specifică a bronșiilor. Hemoptezia s-a înregistrat în 5 (9,3%) cazuri. Dispnee a fost prezentă în 42 (77,77%) cazuri (raportată după MRC): MRC 1 în 4 (7,40%) cazuri, MRC 2 în 19 (35,18%) cazuri, MRC 3 în 10 (18,51%) cazuri, MRC 4 în 9 (16,66%) cazuri. Au fost prezent sindrom de intoxicație: febra în 20 (37,03%) cazuri, subfebrilitatea în 8 (14,81%) cazuri, astenie fizică în 42 (77,77%) cazuri, inapetența în 29 (53,70%) cazuri, transpirații nocturne în 14 (25,92%) cazuri. Sindrom de intoxicație a persistat și la finele tratamentului intensiv în 61,5% cazuri. La examen fizic s-au înregistrat raluri bronșice și subcrepitante, prevalau ralurile subcrepitante în 33 (61,11%) cazuri, de calibru mare în pneumonie cazeoasă, raluri mixte (subcrepitante, sibilante) în 9 (16,67%) cazuri. În hemoleucograma s-a determinat leucocitoza în 26 (48,14%) cazuri, limfopenia în 28 (51,85%) cazuri, în condiții clinice s-a determinat ca imunodeficit marcat, anemia în 33 (61,11%) cazuri, VSH accelerat în 30 (76,92%) cazuri. Toți pacienți au urmat tratamentul antituberculos conform strategiei DOTS. După tratament de 2-3 luni în staționar, s-a menținut leucocitoza în 17 (43,58%) cazuri, limfopenia în 12 (30,77%) cazuri, anemia în 24 (61,54%) cazuri, VSH accelerat în 30 (76,92%) cazuri. Au fost calculați indicii leucocitari a intoxicației:  $ILI_k$  majorat în 41 (75,92%) cazuri,  $ILI_o$  majorat în 37 (68,51%) cazuri,  $IHI_v$  majorat în 46 (85,18%) cazuri. La externarea din staționar:  $ILI_k$  majorat în 12 (30,77%) cazuri,  $ILI_o$  majorat în 9 (23,07%) cazuri,  $IHI_v$  majorat în 24 (61,53%) cazuri. Cel mai sensibil indice de intoxicație s-a constatat indice hematologic de intoxicație după Vasilev. (Tabelul 1)

Indicii de intoxicație leucocitari.

Tabelul 1

Indicii	Internare (nr.= 54)		Externare (nr. =39)	
	majorat	norma	majorat	norma
$ILI_k$	41 (75,92%)	12 (22,22%)	12 (30,77%)	27 (69,23%)
$ILI_o$	37 (68,51%)	18 (33,33%)	9 (23,07%)	30 (76,92%)
$IHI_v$	46 (85,18%)	7 (12,96%)	24 (61,53%)	15 (38,46%)

La examenul radiologic a cutiei toracice s-au depistat infiltrația țesutului pulmonar în 30 (55,56%) cazuri lobita și în 24 (44,44%) cazuri pneumonia cazeoasă. Localizarea infiltratelor prevalau în câmpurile pulmonare superioare în 47 (87,03%) cazuri. Particularitatea tuberculozei pulmonare infiltrative cu evoluție severă a lăsat apariția distrucțiilor și au fost depistate distrucții în 49 (90,74%) cazuri. Resorbția parțială a infiltratelor s-a determinat la 2-3 luni de tratament în 19 (48,72%) cazuri, resorbția moderată în 15 (38,46%) cazuri. (Tabelul 2)

Evoluția infiltrației pulmonare la externare

Tabelul 2

Indicii	Internarea (nr. =54)	Externarea (nr. (nr. = 39)			
		Progresarea	Resorbția parțială	Resorbția moderată	Resorbția considerabilă
Infiltrația	54 (100%)	4 (10,26%)	19 (48,72%)	15 (38,46%)	1 (2,56%)
Distrucția	49 (90,74%)	4 (10,26%)	18 (46,15%)	17 (43,58%)	
Desiminația bronhogenă	25 (46,29%)	3 (7,69%)	12 (30,76%)	6 (15,38%)	

S-au evidențiat următoarele complicații: insuficiența respiratorie în 18 (33,33%) cazuri, hemoptezie în 5 (9,25%) cazuri, pleurezie în 3 (5,55%) cazuri. La examenul microscopic a sputei s-au depistat microbacteria tuberculozei (MBT) în 45 (84,90%) cazuri. Eliminarea masivă a MBT a fost la pacienți cu pneumonie cazeoasă. Examinând sensibilitatea sputei la preparatele antituberculoase s-a evidențiat multirezistența (MDR) în 7 (13,20%) cazuri, polirezistența în 3 (5,66%) cazuri. Peste 2 – 3 luni de tratament microscopia sputei la BAAR a fost negativă în 36 (92,30%) cazuri, fiind excluși cei decedați 15 cazuri (Tabelul 3)

Examenul sputei la BK

Tabelul 3

Examenul sputei	Internare		Externare	
	pozitiv	negativ	pozitiv	negativ
BAAR (nr. =53)	45(84,90%)	8 (15,09%)	3 (7,69%)	36 (92,30%)
BACTEC (nr. =31)	27 (87,10%)	4 (12,90%)	5 (25%)	5 (75%)
Cultura (nr. =44)	31 (70,45%)	13 (29,55%)	8 (20,51%)	31 (79,49%)
PCR (nr. =20)	19 (95%)	1 (5%)		

Pe parcursul tratamentului s-au înregistrat decese în 15 (27,77%) cazuri, abandon în 7 (12,96%) cazuri, vindecați în 20 (51,28%) cazuri, tratament încheiat în 8 (20,51%) cazuri, continuă tratament DOTS plus în 4 (10,26%) cazuri, continuă tratament DOTS în 3 (7,69%) cazuri.

### Concluzii

1. Sindromul de intoxicație a fost prezent în 85,2% cazuri și se prelungea majorat până la finele tratamentului intensiv 61,5 % cazuri.
2. Dinamica radiologică sub tratament antituberculos faza intensivă a fost lentă – resorbția moderată și considerabilă a fost constatată numai la 30,9% cazuri.
3. Testarea sensibilității a microbacteriei tuberculozei la preparate antituberculoase a evidențiat rezistența primară în 22,2% cazuri și în ½ fiind multidrog rezistent.

4. Tuberculoza pulmonară infiltrativă cu evoluție severă a avut debut pseudopneumonic cu complicații care pun în pericol viața pacientului: insuficiența respiratorie și hemoptezie (48,1%), în unele cazuri pleurezii bilaterale.
5. Destrucție parenchimului pulmonar s-au înregistrat în formele de lobită în 46,29% cazuri, în pneumonia cazeoasă la 44,44% cazuri și bacilemia prin microscopie a fost determinat în 84,90% cazuri.
6. Schema standart de tratament antituberculos ne permite să obținem abacilare la 2-3 luni în 92,30% cazuri.

### **Bibliografie**

1. Sain D., Crudu V. Aspectele de management al diagnosticului microbiologic și tratamentului tuberculozei multidrogrezistente// Buletinul , Chișinău, 2011. №4 (32), p.27.
2. Bong, Jay H. Kim, Tuberculosis mortality and Morbidity Associated with Occupation in the United States. 40620: Tuesday, november 14, 2000-Baar 9.
3. Raviglione M. C., Kochi A., Dolin D. J., Global tuberculosis incidence and mortality during 1999-2000. Bull. WHO, 2000; 72:213-20.
4. Udwardia Z., Almeida D., Rodriguies C Fluoroquinolone resistant tuberculosis in Bombei. Germany. Intern. J.Tuberc. and Lung Dis. 2001; 5(11), suppl. 1: 79-80.
5. Bloom B. Tuberculosis. Pathogenesis, protection, control. Asm. Press.// Washington, 1994.
6. Iavorschi C., Vilc V., Emelianov O. Statusul social și tabloul clinico-radiologic la bolnavii cu tuberculoza fibro-cavitară la etapă actuală //Anale științifice, Chișinău, 2010, Vol.3, p.282.
7. Бескова А. И. Характеристика впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких //Пробл. Туб. – 1986. № 4. С. 68-70.
8. Протопопова Н. М., Дубинина В. П. Лечение инфильтративного туберкулеза легких //Актуальные проблемы пневмофтизиологии. – М.,1986. С. 35-38.
9. Petrescu Gh. Tuberculoza pulmonară. Cluj-Napoca, 2008, p. 93.
10. Баласанянц Г. С., Исаева Н. Ю. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и работа противотуберкулезной службы в Северо – Западном федеральном округе 2000-2002 гг.//Медлайн Экспресс. – 2004. - № 3. С. 32-38.
11. Мишин В. Ю., Назарова Н. В. Течение и эффективность лечения инфильтративного туберкулеза легких//Пробл. Туб. – 2006. № 10. С. 7-11.

## **ASPECTE CLINICE ȘI ABORDĂRI ÎN DIAGNOSTICUL ASPERGILOZEI BRONHOPULMONARE ALERGICE**

**Serghei Pisarenco<sup>1</sup>, Nadejda Pisarenco<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> IMSP Institutul de Pneumoftiziologie „Chiril Draganiuc”,

<sup>2</sup> IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie

### **Summary**

#### *Clinical issues and approaches for diagnosis allergic bronchopulmonary aspergillosis*

Based on the analytic research, selected sources from database PubMed, EMBASE, HighWire, HINARI, containing the most relevant information, including the recently received, reviewed clinical and diagnostic aspects ABPA - forms of aspergillosis at patients with asthma and other allergic diseases. Formation of infiltrates mild and, as the consequent, bronchiectasis and pneumofibrosis determines a clinical picture a ABPA. The diagnosis of ABPA is complex of clinical, radiological and laboratory criteria.