

Succesul tratamentului a fost numai de 42.7% în lotul I și de 70.7% în lotul II. Aceste date ne demonstrează gravitatea procesului tuberculos în caz de MDR și eficacitatea scăzută a tratamentului.

### **Concluzii**

- Analiza comparativă a două loturi de cazurilor noi de tuberculoză MDR și sensibilă a evidențiat situația gravă a procesului tuberculos din lotul I.
- Tuberculoza MDR se dezvoltă preponderent la bărbați în vârstă aptă de muncă.
- Bolnavii cu tuberculoză MDR sunt din condiții nesatisfăcătoare de trai, nu sunt încadrați în câmpul muncii, mulți din ei sunt necăsătoriți, au avut mai multe patologii asociate.
- Contact cu bolnavi de tuberculoză au peste 1/3 din pacienți și este de 2 ori mai mare față de lotul II.
- Procesul tuberculos la bolnavii cu tuberculoză MDR este mai frecvent bilateral și extins în comparație cu bolnavii de tuberculoză sensibilă și predomină rezistența la 4 preparate antituberculoase.
- Succesul tratamentului în lotul I este de 1.5 ori mai jos în comparație cu lotul II, sunt mai mari indicii eșecului terapeutic și a decesilor.

### **Bibliografie**

1. Menzies D et al. Standardized treatment of active tuberculosis in patients with previous treatment and/or with mono-resistance to izoniazid: a systematic review and meta-analysis. PloS Medicine, 2009.
2. Multidrug and extensively drug resistance TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. Geneva: WHO, 2010.
3. Treatment of tuberculosis: guidelines- 4<sup>th</sup> ed. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHO, HTM/TB/2009).
4. Ustian A., Al. Zbanț, M. Cetulean, S. Alexandru. Frecvența și eficiența tratamentului tuberculozei rezistente la preparatele antituberculoase în mun. Chișinău în anii 2006-2007. Anale științifice, vol 3. Probleme actuale în medicina internă. Zilele Universității, 15-17 oct., ediția IX. Chișinău, 2008.
5. Зиновьев И.П., Эсаулова Н.А., Новиков В.Г., Коковихина И.А. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2009.

## **PARTICULARITĂȚILE TUBERCULOZEI PULMONARE ÎN DEPENDENȚĂ DE METODA DEPISTĂRII**

**Tatiana Vazian**

(Conducător Științific – Aurelia Ustian, dr., conf. univ.)  
Catedra Pneumoftiziologie USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***The particularities of pulmonary tuberculosis depending on the method of detection***

It has been analysed the medical records of 210 new cases of pulmonary tuberculosis being treated in the Municipal Clinical Hospital of Phtisiopulmunology in 2011, divided so: the sample of study – 145 patients detected through passive method and the sample of control – 65 patients detected through active method. The data collected allowed us to discover that through passive method the patients are detected later, with disadvantaged social status, with extended tubercular

process, bilateral, with a high frequency of complications, with positive AFB sputum microscopy in 57,9%, with positive culture in 40,1% comparative with positive microscopy in the sample of control - 20%, and positive culture - 23,0%.

### **Rezumat**

Au fost studiate fișele a 210 cazuri noi de tuberculoză pulmonară aflați în tratament în staționarul Spitalului Clinic Municipal de Ftiziopneumologie în anul 2011, repartizați astfel: eșantionul de studiu - 145 bolnavi depistați prin metoda pasivă și eșantionul de control – 65 bolnavi depistați prin metoda activă. Datele obținute ne-au permis să constatăm că prin metoda pasivă bolnavii sunt depistați mai tardiv, cu statut social devaforizat, cu procesul tuberculos extins, bilateral, cu o frecvență înaltă a complicațiilor, cu microscopia sputei pozitivă la BAAR în 57,9%, cultura pozitivă 40,1% comparativ cu microscopia pozitivă din eșantionul de control 20,0%, iar cultura pozitivă 23,0%.

### **Actualitatea**

Tuberculoza reprezintă o provocare pentru Sistemul de Sănătate a oricărui stat și a fost declarată de către OMS urgență mondială în 1993 [1]. Conform raportului OMS actual o treime din populația mondială este infectată cu *M.tuberculosis*, anual înregistrându-se peste 9 milioane de cazuri noi de tuberculoză și 2 milioane de decese prin progresia tuberculozei [2,4]. Republica Moldova se situează pe locul 3 din cele 18 țări cu o povară înaltă a tuberculozei din Regiunea Europeană [4].

Criza social-politică debutată în anul 1990 a determinat continua agravare a indicatorilor epidemiologici ai tuberculozei, cauzând valoarea maximă a incidenței în anul 2006 de 134 la 100.000 populație, și o mortalitate de 20 la 100.000 populație [5]. Acești indici manifestă o descreștere lentă, ca în anul 2011 să se înregistreze o incidență a tuberculozei de 114,9 la 100.000 populație și o mortalitate de 16,1 la 100.000 populație [1].

Programul Național de Control al Tuberculozei, adoptat la fiecare 5 ani, are la bază 2 obiective: să atingă depistarea 70% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară prin microscopia frotiului sputei și să vindece cel puțin 85% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară [3,6].

### **Obiectivele**

1. Studiarea factorilor de risc care au contribuit la dezvoltarea tuberculozei în dependență de metoda depistării.
2. Analiza particularităților clinice ale tuberculozei pulmonare în dependență de metoda depistării.
3. Evaluarea particularităților paraclinice ale tuberculozei pulmonare în dependență de metoda depistării.

### **Materiale și metode**

A fost îndeplinit un studiu retrospectiv și descriptiv pentru aprecierea particularităților tuberculozei pulmonare caz nou în dependență de metoda depistării aflați în tratament în Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie în perioada 01.01.2011-01.07.2011. În acest scop 210 bolnavi au fost repartizați în 2 eșantioane: I eșantion (145) - cu depistare pasivă (de studiu), și eșantion II (65) - cu depistare activă (de control).

Pentru colectarea materialului primar a fost utilizată metoda extragerii informației din formularele medicale și cele statistice cu ajutorul unei anchete adaptate pentru determinarea particularităților tuberculozei în dependență de mai multe criterii.

## Rezultatele și discuții

La evaluarea bolnavilor după gen s-a stabilit că în eșantionul I au fost 117 (80,7%) bărbați și 28 (19,3%) femei, iar raportul B/F = 4,1/1. În eșantionul II erau 42 (64,6%), femei 23 (53,4%), iar raportul B/F = 1,9/1. Astfel, în eșantionul I numărul bărbaților predominau de 2 ori ca cel al femeilor comparativ cu eșantionul II.

Analiza grupurilor de vîrstă a pacienților din eșantionul I a determinat că bărbații din grupul de vîrstă 41-50 ani, a fost cel mai bine reprezentat 35 (30,2%), urmat de grupul de vîrstă 18-30 ani, cu 32 (27,2%) bolnavi, apoi cel de 31-40 de ani cu 25 (21,3%), iar bolnavii de 51-60 ani au constituit 20 (17,1%) și mai mari de 60 de ani - 5 (4,2%) persoane. Comparativ cu eșantionul II am constatat că bărbații de 18-30 de ani, este cel mai bine reprezentat 17 (40,8%), urmat de 41-50 de ani - 9 (21,4%), iar grupul de vîrstă 31-40 și 51-60 de ani au fost respectiv cîte 7 (16,7%) persoane, și vîrsta mai mare de 60 de ani - 2 (4,4%) pacienți.

În eșantionul I am stabilit că 68 (46,9%) din pacienți erau angajați în cîmpul muncii, și 58 (40,1%) neangajați/someri, persoanele pensionate - 6 (4,1%), studenți - 13 (8,9%). În eșantionul II - 30 (46,2%) pacienți au fost angajați în cîmpul muncii. Persoanele neangajate/somere au constituit 23 (35,4%), studenții - 10 (15,4%) și pensionarii - 2 (3,1%).

Repartiția pacienților în dependență de statutul matrimonial a determinat că în eșantionul I - 71 (48,9%) din pacienți au fost căsătoriți/ concubinaj, urmat de persoanele celibatate 50 (34,5%), și cele divorțate/văduve 24 (16,5%). Din rîndul bolnavilor din eșantionul II, am stabilit că persoanele celibatate erau 31 (47,7%), urmat de 28 (43,1%) căsătoriți/ concubinaj și divorțați/văduvi - 6 (9,2%).

Studierea pacienților conform nivelului de trai, s-a evidentiat că în eșantionul I - 98 (67,6%) din pacienți au avut condiții de trai nesatisfăcătoare și doar 47 (32,4%) - satisfăcătoare. În eșantionul II am stabilit că la 32 (49,2%) condițiile de trai au fost satisfăcătoare și la 33 (50,8%) - nesatisfăcătoare.

Conform statutului de migrant, am constatat că în eșantionul I erau 22 (15,2%) migranți comparativ cu 8 (12,3%) în eșantionul II.

Conform prezenței deprinderilor nocive am stabilit că în eșantionul I - 77 (53,1%) bolnavi au fost consumatori cronici de alcool, 83 (57,2%) fumători și 4 (2,7%) utilizatori de droguri intravenoase. În eșantionul II numai 16 (24,6%) bolnavi au fost consumatori cronici de alcool, 25 (38,5%) bolnavi fumători și nici un utilizator de droguri intravenoase.

Studiul epidemiologic al eșantionului de studiu a evidențiat că contact tuberculos au avut 65 (44,8%) pacienți, iar 7 (4,8%) au provenit din focar de TB-MDR și 12 (8,3%) din focar de TB în care s-a constatat deces prin progresarea TB. În eșantionul II - 34 (52,3%) pacienți au avut contact tuberculos, 9 (13,8%) persoane au provenit din focar de TB-MDR și 7 (10,8%) bolnavi au provenit din focar de TB în care s-a constatat deces prin TB.

Calea de depistare activă este țintită în special grupurilor epidemiologice cu risc major de infecție și îmbolnavire de tuberculoză. De aceea voi particulariza cauzele efectuării examenului radiologic cu scop profilactic efectuat bolnavilor depistați pe cale activă. Astfel am determinat că 23 (35,4%) pacienți au fost investigați ca contacti din focare epidemice de tuberculoză notificate. Bolnavii depistați în cadrul investigației ca personal periclitant au constituit în numar total de 29 (44,6%): bolnavi fiind din sfera deservirii publice -15 (23,1%), din sfera învățămîntului și educației 11 (16,9%) bolnavi, bolnavi aparținînd personalului medical 3 (4,6%). Menționăm o pondere satisfăcătoare a bolnavilor investigați în cadrul controlului medical obligator la angajare în cîmpul muncii-13 (20,0%) persoane, aici fiind incluși și tinerii înmatriculați în instituții de învățămînt, tinerii înrolați în serviciul militar. Aceste date demonstrează că depistarea activă este axată pe depistarea grupurilor de risc sporit de îmbolnăvire și periclitane.

În cadrul distribuției pacienților conform formelor clinico-radiologice ale tuberculozei pulmonare, primar depistate, au fost identificate următoarele forme: TB nodulară, TB infiltrativă, TB diseminată și TB fibro-cavitară, Pleurezie exsudativă (Tab.1)

Tabelul 1

**Frecvența formelor clinice ale tuberculozei pulmonare**

Formele clinice	EI	M±Es (%)	E	M±Es (%)	p
TB nodulara	0	0	2	3,1±0,89	<b>0</b>
TB infiltrativa	123	84,8±4,43	55	84,6±4,45	>0,05
TB diseminata	11	7,6±2,34	8	12,3±3,65	>0,05
TB fibrocavitara	7	4,8±1,28	0	0	<b>0</b>
TB generalizata	2	1,4±0,56	0	0	<b>0</b>
Pleurezie exsudativa	2	1,4±0,56	0	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	145	100	65	100	

Din tabelul 1 observăm că în eşantionul I majoritatea 123 (84,2%) pacienți au fost diagnosticați cu tuberculoza infiltrativă, urmată de cea diseminată - 11 (7,6%), fibro-cavitara - 7 (4,8%) și nici un pacient cu tuberculoza nodulară. În eşantionul II, s-a diagnosticat tuberculoza infiltrativă la 55 (84,6%), urmată tuberculoza diseminată - 8 (12,3%) și nodulară - 2 (3,1%) pacienți. Comparând valorile pe grupuri am stabilit că forma clinico-radiologică de tuberculoză infiltrativă a fost similar diagnosticată în eşantioane, însă tuberculoza generalizată, fibrocavitara și pleurezia tuberculoasă au fost diagnosticate doar în eşantionul I ( $p < 0,05$ ).

Proces specific cu distrucție s-a apreciat la 67 (46,2%) bolnavi, iar diseminarea bronhogenă - 32 (47,8%) pacienți al eşantionului I. Pe când în eşantionul II - 20 (30,8%) pacienți au avut distrucții pulmonare și 13 (65%) - diseminări bronhogene.

Complicații la depistare au avut 105 (72,4%) pacienți ai eşantionului I: pleurezie exsudativă - 21 (14,5%), hemoptizii - 15 (10,4%) și pneumotorax 2 (1,4%) bolnavi. În eşantionul II complicații nu s-au depistat.

Datele microscopiei directe a frotiului sputei la BAAR prin colorația Ziehl – Neelson sunt elucidate în tab.2.

Tabelul 2

**Depistarea MBT în dependență de metoda examinării**

Microscopia	EI	M±Es (%)	EII	M±Es (%)	p
pozitivă	84	57,9±5,38	13	20,0±2,64	<b>&lt;0,01</b>
negativă	61	42,1±6,32	52±	80,0±4,76	<b>&lt;0,01</b>
<b>Total</b>	145	100	65	100	

Din tab.2 constatăm că 84 (57,9%) pacienți din eşantionul I au avut microscopia sputei la BAAR pozitivă, iar în eşantionul II – doar 13 (20,0%) pacienți. Comparând, am stabilit o asociere intensă între microscopia directă a sputei la depistare și calea de depistare ( $p < 0,01$ ). Depistarea activă asociindu-se cu microscopia directă a sputei negativă și depistarea pasivă asociindu-se cu microscopia directă a sputei pozitivă.

Rezultatele culturii la *M.Tuberculosis* sunt ilustrate în tab.3.

Tabelul 3

**Distribuția pacienților în dependență de rezultatele culturii MBT**

Cultura	EI	M±Es (%)	EII	M±Es (%)	p
pozitivă	58	40,1±6,43	15	23,0±2,86	<b>&lt;0,01</b>
negativă	87	59,9±5,25	50	77,0±4,85	<b>&lt;0,01</b>
<b>Total</b>	145	100	65	100	

Din tab.3 observăm că rezultatele culturii MBT în eşantionul I la 90 (62,0%) pacienți au fost pozitive, iar la 55 (38,0%) - negative, pe când în eşantionul II - 15 (23,0%) pacienți au avut rezultate culturale pozitive, iar 50 (77,0%) pacienți - negative. Comparând, am stabilit o asociere

intensă între cultura sputei la depistare și calea de depistare ( $p < 0,01$ ). Depistarea activă asociindu-se cu cultura sputei negativă și depistarea pasivă asociindu-se cu cultura sputei pozitive.

La evaluarea pacienților după localizarea procesului tuberculos s-a determinat că în eșantionul I majoritatea 106 (73,1%) pacienți prezentau localizarea procesului bilateral, iar 39 (26,9%) - unilaterală. Pe când în eșantionul II la 44 (67,7%) pacienți localizarea procesului tuberculos a fost unilaterală și la 21 (32,3%) - bilaterală. Depistarea activă asociindu-se cu localizarea unilaterală și depistarea pasivă asociindu-se cu proces bilateral.

În eșantionul I la majoritatea 125 (86,2%) bolnavi localizarea procesului a fost extinsă, iar la 20 (13,8%) - limitată. În eșantionul II - 44 (69,23%) pacienți aveau proces limitat, iar 20 (30,77%) - proces extins. Depistarea activă asociindu-se cu proces limitat și depistarea pasivă asociindu-se cu proces extins.

### **Concluzii**

1. Ponderea bărbaților în eșantionul I a fost de două ori mai mare decât în eșantionul II cu media vârstei de 39,5 și concomitent 34,7 ani.

2. Factorii sociali defavorizați (persoane celibatate, divorțate, văduve), condiții nesatisfăcătoare de trai, neangajați în câmpul muncii, cu deprinderi nocive au avut statistic semnificativ pacienții eșantionului I.

3. Tuberculoza pulmonară avansată (generalizată, fibro-cavitară) și pleurezii s-au constatat numai în eșantionul I.

4. În eșantionul I au predominat procesele bilaterale, extinse, cu distrucții și diseminare bronhogenă cu o frecvență mai mare a microscopiei sputei la BAAR și a culturii pozitive.

Datele expuse ne demonstrează procesul tuberculos sever, extins, agravat de complicații asociate debutului la bolnavii depistați pasiv și procesul mai redus, mai puțin sever al bolnavilor depistați pe cale activă.

Aceste particularități clinico – radiologice, se reflectau asupra ratei succesului terapeutic, care este mult redus la bolnavii depistați pasiv și satisfăcător la bolnavii de tuberculoză depistați activ.

### **Bibliografie**

1. Ciobanu S., Kavtaradze M. Raport de studiu “Analiza comună a Programului Național de Profilaxie și Combatere a Tuberculozei din Republica Moldova”. Chișinău, 2010: Imprintstar. 46 p.

2. Maher D., Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis // Clin. Chest Med., 2005, Vol.26, № 2, p.167–182.

3. Iavorschi C, Nalivaico N., Sain D., Burinschi V., Serbulenco A. Situația epidemiologică a tuberculozei și sarcinile serviciului de ftiziopneumologie în realizarea Programului Național de Control și Profilaxie a Tuberculozei în Republica Moldova // Al VI Congres Național de Ftiziopneumologie. Chișinău, 2009, p.4-7.

4. World Health Organization. Global tuberculosis control. Epidemiology, strategy, finances. WHO Report, Geneva, 2011, p.113.

5. Перельман М.И. Фтизиатрия: Национальное руководство. Москва, 2009, 345 с.

6. Шурыгин А. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики туберкулеза. Москва, Пульмонология, 2010, V. 2, с.11-13.