

# PULMONOLOGIE ȘI PNEUMOFTIZIOLOGIE

---

## PROBLEMELE ACTUALE ÎN FTIZIOLOGIE: TUBERCULOZA PULMONARĂ TARDIV DEPISTATĂ (CAZURI NOI) CU EVOLUTIE NEFAVORABILĂ

Constantin Iavorschi<sup>1</sup>, Valentina Bolotnicova<sup>1</sup>, Oleg Emelianov<sup>1</sup>, Albina Brumaru<sup>1</sup>, Aurelia Molodojan<sup>2</sup>, Viorica Ciubotaru<sup>3</sup>

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiciuc”<sup>1</sup>, IMSP AMT Rîșcani, CMF nr.11, mun.Chișinău<sup>2</sup>, IMSP AMT Botanica, CMF nr.3, mun.Chișinău<sup>3</sup>

### Summary

#### *Up-to-date problems in phtisiopneumology: the late pulmonary tuberculosis detection (new cases) with unfavorable result*

The paper contains medical and social characteristics of 121 patients pulmonary tuberculosis, primarily detected within 2010-2011 in Chisinau municipality.

There were studied different factors that encumbered the sick to call in time for medical care. The basic causes of the tuberculosis late detection and unfavorable result were analyzed.

There was shown the necessity of optimizing and correcting the up-to-date anti-tuberculosis actions.

### Rezumat

În lucrare este oglindită caracteristica medico-socială a 121 bolnavi cu tuberculoză la plâmîni, primari depistați în anii 2010-2011 în municipiul Chișinău.

A fost studiată actiunea diferitor factori, care au încurcat în adresarea la timp a bolnavilor după ajutor medical. Au fost analizate cauzele de bază a depistării tardive a tuberculozei și sfîrșitul nefavorabil.

A fost arată necesitatea optimizării și corecției acțiunilor antituberculoase actuale.

### Introducere

În pofida implementării formelor noi de management și control al măsurilor antituberculoase, tuberculoza continuă să rămînă astăzi o infecție răspîndită în multe țări ale lumii [3]. Situația epidemiologică a tuberculozei în Republica Moldova deasemenea este caracterizată de indicii înalte ai incidenței și mortalității. În structura formelor clinice de tuberculoză se înregistrează tot mai multe procese extinse, cu debut acut, inclusiv procese generalizate, care se finalizează cu deces în scurt timp după depistare.

Situația epidemiologică complicată este menținută și de răspîndirea formelor rezistente de *Micodacterium tuberculosis* și infecția HIV [1]. De acea depistarea și diagnosticarea tuberculozei pulmonare reprezintă o sarcină importantă a medicinii moderne. În pofida existenței sistemului de monitorizare ”Depistarea și tratamentul bolnavilor de tuberculoză”, actualitatea optimizării și raționalizării acestuia persistă.

Conform datelor literaturii [2,4], frecvența înaltă a proceselor extinse și tardiv depistate de tuberculoză pulmonară printre cazurile noi – este indicatorul, care caracterizează sistemul de management și calitatea activităților de depistare a acestei maladii. Iar indicele mortalității populației prin tuberculoză are o valoare semnificativă, conform căreia se apreciază situația epidemiologică. Aceste date echitadil se completează reciproc. În acest context există motive să se credă că factorii, care influențează termenii de depistare și diagnosticare a tuberculozei pulmonare de la declanșarea primelor simptome ale bolii pînă la adresarea la medic și de la

adresarea la medic pînă la diagnosticare, deasemenea și rezultatele tratamentului bolnavilor, permit consolidarea controlului asupra răspîndirii infecției tuberculoase.

### **Scopul**

Studierea și analizarea cazurilor de tuberculoză pulmonară cu depistare și diagnosticare tardivă și atenționarea cliniciștilor și a managerilor din ocrotirea sănătății asupra acestei probleme.

### **Materiale și metode**

S-a efectuat un studiu retrospectiv al cohortei bolnavilor de tuberculoză pulmonară cazuri noi tardiv depistați, cu rezultat nefavorabil al tratamentului în aa. 2010-2012 în municipiul Chișinău. Este studiată dependența și apreciată importanța statutului medico-social al bolnavilor cu depistare tardivă a tuberculozei pulmonare și rezultatului tratamentului nefavorabil. Este analizată structura de vîrstă, gen și formele clinice ale incidentei, apartenența social-profesională, căile de depistare, evoluția bolii, durata supraviețuirii după depistare, deasemenea și cauzele nemijlocite ale decesului.

Printre 121 cazuri incluse în studiu cu depistare tardivă a TB pulmonare 54 (44,6%) au fost cu stabilirea diagnosticului postmortem (depistare extrem de tardivă), 61 (50,4%)- cu sfîrșit letal în primul an după diagnosticarea tuberculozei, din ei 7- cauza decesului a fost alta decît tuberculoza și 6 (5%) bolnavi cu deces peste un an după diagnosticarea TB. Datele despre bolnavii cu TB pulmonară au fost obținute din documentația medicală de ambulator și de staționar, din registrele de evidență statistică.

### **Rezultate și discuții**

Ca urmare al studiului efectuat s-a constatat, că diagnosticarea în cazurile noi de tuberculoză pulmonară, nerecunoscută în timpul vieții, actualmente capătă o importanță deosebită. Structura formelor clinice de tuberculoză, stabilită după decesul bolnavilor, se deosebește semnificativ de alte grupuri de bolnavi decedați prin tuberculoză. La majoritatea absolută din bolnavi (50 bolnavi - 92,6%) în secție s-a stabilit diagnosticul de TB pulmonară infiltrativă. Este important de menționat, că printre cei decedați de tuberculoză nedepistată în timpul vieții predominau bărbații (45 bolnavi) de vîrstă aptă de muncă, persoanele fără loc de trai alcătuind 1/3 din numărul total de bolnavi (19- 5,2%), persoane cu antecedente penale- ¼ (24,1%). Bolnavi cu loc stabil de muncă nu au fost. Poliță de Asigurare aveau doar 7 pensionari, 43 bolnavi nu aveau familie (celibatari) și tot atîțea aveau deprinderi vicioase.

Prezentînd datele asupra bolnavilor din acest grup, este important de subliniat, că problema depistării postmortem a tuberculozei pulmonare nu este doar primordială, dar și cu o actualitate în continuă creștere. și aceasta este deoarece diagnosticul patomorfologic și caracteristica patologo-anatomică a tuberculozei conform datelor expertizei medico-legale nu întotdeauna au fost de ajutor în analiza cauzelor depistării atîț de tardivă a bolii și în aprecierea calității asistenței medicale. Chiar dacă aceste cazuri se analizează de către specialiștii serviciului fitiopneumologic teritorial și se discută cu regularitate la conferințe și întruniri cu participarea administratorilor din medicină, este neapărată o strategie nouă de management în controlul situației epidemice a bolilor cu valoare socială.

Caracteristica grupului de bolnavi decedați de tuberculoză pulmonară evolutivă în primul an după depistare este prezentată prin următoarele date (tabelul 1). După cum urmează din tabel letalitatea prin tuberculoză pulmonară pînă la 1 an de supraveghere se asociază cu astfel de factori cum sunt genul (bărbații alcătuiau 83%), vîrstă (bolnavi cu vîrstă de 30 ani și mai mult- 87%), condiții materiale și de domiciliu (64,8% bolnavi- cu condiții precare), lipsa locului stabil de muncă (70,4%), absența familiei (57,4%), prezența patologiei asociate (infecția HIV, diabet

zaharat, etilism cronic și al.- 68,5%). Una din cauzele incidenței și letalității sporite la bărbați este acea circumstanță, că printre populația de genul masculin este mai mare frecvența factorilor cu risc sporit de îmbolnăvire prin tuberculoză, inclusiv cu un comportament social marginal, în cazuri când probabilitatea dezvoltării tuberculozei este destul de înaltă.

**Tabelul 1**

**Componentă bolnavilor de tuberculoză pulmonară cu "CAZ NOU", decedați  
în primul an după depistarea TB pulmonară evolutivă**

Criterii	Nr. de bolnavi	
	Nr. abs.	%
Bolnavi în total	54	100
Genul: masculin	45	83,0
feminin	9	17,0
Vârstă, ani: <30 ani	7	13,0
31-50 ani	23	42,6
>51 ani	24	44,4
Încadrarea în muncă: angajați	3	5,6
neangajați	38	70,4
invalidi	7	13,0
pensionari	6	11,0
Persoane FLT	9	16,7
Migranți	4	7,4
Foști deținuți	7	13,0
	20	37,0
Studii: fără studii	33	61,1
studii medii		
studii superioare	1	1,9
Condiții de trai: nesatisfăcătoare	35	64,8
satisfăcătoare	19	35,2
Fără poliță de asigurare	37	68,5
Celibatari	31	57,4
Deprinderi vicioase	37	68,5
Patologie asociată	37	68,5
Contact evident cu infecția tuberculoasă	15	27,8
Grupul de risc	45	83,3
Contingent periclitant	1	1,9

Este stabilit, că printre factorii sociali, care considerabil reduc adresarea primară la medic și ca urmare depistarea tardivă a tuberculozei, au fost absența poliței de asigurare medicală obligatorie (68,5%), lipsa domiciliului stabil (70,4%), gradul scăzut de cultură (7,0%). O deosebită atenție la bolnavii decedați în primul an de supraveghere cu TB pulmonară necesită acel moment, că depistarea activă prin examenul periodic este neglijată (1,9%).

Formele clinice de tuberculoză pulmonară sunt prezentate în tabelul 2. Cea mai frecventă formă de tuberculoză pulmonară este cea infiltrativă (41 cazuri), inclusiv pneumonia cazeoasă - 13 cazuri. Pe locul doi printre formele clinice înregistrate este TB diseminată - 8 cazuri. Tuberculoza fibro-cavitară a fost stabilită în 3 cazuri, tuberculoza generalizată - 2 cazuri. Eliminare de bacili a fost stabilită la 72,2% bolnavi, procese distructive în țesutul pulmonar au fost stabilite la 75,9% bolnavi. Debutul acut al bolii a fost în 19 cazuri, subacut - 13 bolnavi. Starea generală gravă la internare în staționarul ftiziopneumologie a fost constată la 39 bolnavi, evoluție progresiv-acută au avut 27 bolnavi, complicații (hemoptizie, hemoragie pulmonară, pneumotorace spontan și al.) au fost înregistrate în 22 cazuri.

Tabelul 2

**Structura formelor clinice de TB, căile și locul depistării**

Forma clinică de TB	Numărul cazurilor n=54	
	Nr. absolut	%
Forma clinică de TB: infiltrativă diseminată fibro-cavitară generalizată	41	75,9
	8	14,8
	3	5,6
	2	3,7
Faza distructivă	41	75,9
Eliminare de bacili	39	72,2
Inclusiv cu MDR	18	46,2
Extinderea procesului: unilateral bilateral	9	16,7
	45	83,3
Locul depistării: CMF staționar somatic cabinetul ftiziopneumologului	28	52,8
	19	35,2
	7	12,0
Depistat prin adresare cu acuze	40	74,0
Depistat prin examen profilactic	14	26,0

În calitate de criteriu de bază, care permite aprecierea depistării oportune și stabilirea diagnosticului corect, noi am utilizat aşa indicatori calitativi, cum ar fi durata de la apariția primelor semne ale bolii pînă la adresarea la medic și de la momentul adresării după asistență medicală pînă la înregistrarea pacientului cu tuberculoza pulmonară. Conform datelor noastre, majoritatea predominantă de bolnavi au fost depistați prin adresarea în instituțiile medicale primare cu semnele clinice exprimate (depistarea pasivă). Totodată în 39 cazuri debutul bolii a fost cu 2 – 6 luni pînă la adresare. Tusea cu expectorații, dispnea, pierderea ponderală printre primele semne ale bolii nu au servit motiv de adresare la medic. În cazurile cu adresarea tardivă mai frecvent s-au depistat forme clinice grave de tuberculoza cu eliminarea de bacili confirmată microscopic în CMF și cu distrucția țesutului pulmonar. Momentele susnumite confirmă o vigilență joasă și lipsa informației populației despre tuberculoză, în pofida faptului că 45 persoane erau din grupuri cu risc sporit de îmbolnăvire. Este de menționat, că aceste contingente nu au fost examineate, au fost supuși neregulat examenului medical în dinamică, algoritmul de diagnostic fiind folosit parțial. Dar din momentul adresării primare bolnavului la medic diagnosticul definitiv a fost stabilit într-un termen relativ scurt la majoritatea bolnavilor (51 bolnavi). Din cauza "măștilor" clinico – radiologice diagnosticul de tuberculoza pulmonară a fost prelungit doar la 3 bolnavi.

Depistarea tardivă a tuberculozei pulmonare și gravitatea stării bolnavului a fost stabilită în conformitate cu durata de viață a bolnavilor după stabilirea diagnosticului. Conform datelor proprii durata vieții bolnavilor după diagnosticul tuberculozei au alcătuit mai puțin de o săptămînă la 19 – 7 % (12 bolnavi), pînă la 3 săptămîni – 23,0% (14 bolnavi). Decesul a survenit

peste o lună după depistarea tuberculozei pulmonare în 6,6 % (4 bolnavi), peste 2 luni – 5% (3 bolnavi), peste 3 luni – la 13,1% (8 bolnavi), mai mult de 3 luni și 1 an – 32,6% (20 bolnavi). Așa dar, numărul bolnavilor la care durata vieții după diagnosticarea tuberculozei pulmonare nu depășește 3 luni este destul de mare. Acest moment condiționează importanța extremală de organizarea optimală a depistării, diagnosticului și tratamentului tuberculozei în condițiile actuale, sociale și epidemiologice. Grupul cel mai nenumeros (6 persoane) din cohorta bolnavilor depistați primar tardiv a fost constituit din bolnavii decedați după un an de diagnosticare a tuberculozei.

### **Concluzii**

Organizarea depistării și diagnosticului tuberculozei pulmonare reprezintă unul din componentele primordiale în instrucțiunile internaționale și naționale de combatere a acestei maladii. Deoarece depistarea și tratamentul efectiv duc la limitarea răspândirii infecției tuberculoase, este evident, că depistarea bolnavilor în stadii tardive ale bolii cu modificări extinse în plămâni și eliminarea masivă de bacili, aduc la rezultate nefavorabile ale tratamentului și face dificilă asanarea focarului de infecție. Depistarea neoportună a tuberculozei poate fi condiționată atât de adresarea tardivă la medic cât și de neregularitatea în organizarea asistenței medicale.

Studiul nostru permite de a face următoarele constatări. Pentru sporirea depistării efective a tuberculozei și micșorarea formelor grave de tuberculoza cu pronostic nefavorabil este necesară perfectarea sistemului de măsuri prioritare. Este important de determinat ordinea depistării tuberculozei nu numai în grupurile de risc epidemiologic și medico-biologic, dar și printre populația social-vulnerabilă. Aici un rol important îl revine distribuirii responsabilităților printre serviciile și instituțiile implicate în procesul de depistare și diagnosticare al tuberculozei pulmonare. Formele extinse de tuberculoză pulmonară și decesul prin ele – este un insucces nu doar al sistemului de ocrotire al sănătății dar și al altor instituții sociale din comunitate și din stat. În conformitate cu Planul Global al OMS "StopTB" și elaborările performante de diagnosticare în instituțiile medicale adaptate în Republica Moldova este neapărată o instruire activă sanitar-educațională a populației.

### **Bibliografie**

1. Haidarlî I., Sain D., Pisarenco S. et al. Mortalitatea prin tuberculoza multidrogrezistentă în Republica Moldova în anul 2007//Al IV-lea Congres Național de Fiziopneumologie din Republica Moldova. Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice. Chișinău, 2009, p.32.
2. Nalivaico N.. Managementul tuberculozei în condițiile epidemiologice contemporane//Sănătate publică, economie și management în medicină. 2012, 4 (43), p.37-42.
3. The Global Plan to Stop TB 2006-2015. Actions for life. Towards a world free of tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2006.
4. Юрасова Е.Д., Демихова О.В., Пунга В.В. Международные подходы к организации выявления туберкулеза в современных условиях//Туберкулез и болезни легких, 2010, № 9, с.3-7.