

REZISTENȚA PREIMUNĂ LA PACIENȚII CU COINVAZIA TUBERCULOZEI PULMONARE ȘI TOXOCAROZĂ

S. Ghinda, A. Guila, V. Ciroșca, E. Privalova
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Actualitatea temei. Rezistența preimună – un capitol apărut recent, care include elemente numite anterior imunitate ereditară (congenitală). Rezistența preimună – este un tip de apărare cel mai vechi, care apare pînă la imunitatea dobîndită. Factorii rezistenței preimune persistă în organism de la naștere și pentru activarea lor nu necesită un contact prealabil cu antigenul. Mai multe observații au demonstrat, că imunitatea (reactivitatea imunologică) începe lupta sa cu infecția nu mai devreme de 7-8 zile din momentul pătrunderii microbului în organism. Pe parcursul acestui timp microbii nu se multiplică fără obstacole în organism, lor li se opun mecanismele biologice preimune al apărării de infecții (țesuturile de înveliș, reacțiile vasculare, componentele umorale a secrețiilor bactericide și bacteriofixatoare cît și a serurilor și fagocitelor). Respectiv, celulele preimune purtătoare al protecției de infecții și produsele lor solubile recunosc primele procesul de pătrundere a patogenului în organism, cu mult timp mai devreme ca celulele imune.

În mediul exterior sunt foarte mulți microbi, însă bolile infecțioase la mamifere sunt mai puține comparativ cu multitudinea de microbi din mediu. Probabil, cea mai mare parte de microbi sunt inactivați anume de mecanismele rezistenței preimune față de infecții, ne ducînd procesul pînă la dezvoltarea inflamației imune cu participarea limfocitelor. Și doar acele infecții și acele doze de antigene, cu care nu se isprăvesc mecanismele de rezistență preimună, decurg cu includerea reactivității imunologice în tot spectrul ei de acțiune. Rezistența preimună include în componența sa fagocite cu receptori ai rezistenței preimune, peptide antibiotice endogene, interferonii de tip I, sistemul complementar, proteinele fazei acute, killeri naturali. Fagocitele recunosc un șir întreg de epitopi la suprafața corpurilor străini (microbi, viruși, celule proprii modificate). Ulterior ele includ mecanismele rezistenței preimune, deoarece pentru activarea lor nu este nevoie de o sistemă complicată al interacțiunii intercelulare, caracteristice pentru mecanismele imunității dobîndite.

Proteinele fazei acute – proteina C-reativă opsonizează bacteriile pentru fagocitoză și activează o cascadă de componente fixînd componentul C1q – primul component de inițiere a căii clasice de activare. Lectina mannozolidand – opsonizează bacteriile pentru fagocitoză și sunt capabile să activeze sistemul complementar pe cale lectinică. În normă aceste proteine sunt în cantități foarte mici (urme), în procese acute apar în cantități mari la a doua zi de îmbolnăvire. Killerii naturali - percep schimbările în componența receptorilor și markerilor, care apar la degenerarea tumorală celulară. Killerii naturali recunosc celulele, «care au pierdut» HLA-moleculele de pe membrana sa, care are loc în mutații, degenerarea malignă celulară. Reacția inflamatorie – reacție universală a sistemului imun de stabilire a infecției sau a lizării tisulare de alt gen. Fazele incipiente a reacției inflamatorii decurg cu participarea obligatorie a factorilor rezistenței preimune.

Celulele rezistenței preimune, precum celulele dendritice și macrofagele, transferă antigenele limfocitelor după prezentarea lor pe receptorii suprafețelor celulare și secreția substanțelor biologice active, precum citokinele inflamației preimune. Unele din cele mai

importante dintre acestea sunt kemokinele, care semnalizează limfocitelor debutul răspunsului imun. De fapt, se poate presupune că în absența procesele preimune un răspuns imun adecvat *in vivo* nu se dezvoltă (L. Cerempei și coaut., 2013; E.P. St John et al., 2007; D.M.Le Blanc et al., 2006).

Scopul investigației noastre a fost de a stabili nivelurile indicilor rezistenței preimune la bolnavii cu tuberculoză pulmonară asociată cu toxocaroză.

Material și metodele de cercetare. Studiul a inclus 99 bolnavi (33 cu tuberculoză pulmonară - T, 33 cu asociere de tuberculoză și toxocaroză – T+TC și 33 cu toxocaroză - TC). Pentru aprecierea activității funcționale a neutrofilelor în testul cu tetrazoliu-nitro-blue (NBT) s-a utilizat metoda propusă și modificată de B.H. Park (1968). Determinarea capacității de fagocitare a neutrofilelor - s-au utilizat indicele fagocitar și numărul fagocitar (С.А.Павлович, 1998). Subpopulațiile de limfocite T (CD16) se estimează cu ajutorul metodei Flow Cytometrie. Activitatea hemolitică a complementului(CH50) s-a determinat după metoda elaborată de Л.С. Резникова и соавт., (1967). Reacția Paull-Bunnell s-a executat conform procedurii propus de S. Ghinda (1984), cu ajutorul microtitratorului de sistem Takatsy. Determinarea stării reacțiilor de adaptare a organismului după procedurii propus de Ghinda S.Ș și al., (1997). Pentru procesarea statistică a rezultatelor au fost utilizate metode operante de evaluare statistică, inclusiv criteriul Student ș.a.

Tabelul 1. Indicatorii conținutului leucocitelor, netrofilelor, limfocitelor și indicele de adaptare

Indicator	Sănătoși n=100	Grupurile de bolnavi		
		1 - T+TC n=33	2 - T n=33	3 - TC n=33
Leucocite	6,0±0,12	9,2±0,53○□	8,7±0,52●□	5,4±0,44■
N. segmentate	55,4±0,34	53,6±2,00	59,1±1,82●□	57,0±1,90
N. nesegmentate	0,5±0,05	3,3±0,52○□	4,2±0,66□	5,7±0,59□
N. tinere	0±0,0	0±0,00	0±0,00	0,03±0,031
Limfocite	36,1±0,33	22,8±1,83□	25,0±1,58□	23,9±0,89□
IA	0,37±0,007	0,42±0,046	0,41±0,039	0,37±0,022

Semnificația statistică între grupuri: ○ – între grupul TP+TX și TX; ● – între TP+TX și TP; ■ – între TP și TX; □ – între sănătoși și bolnavi

Conținutul leucocitelor în gr. 1 (în care au fost incluși bolnavii de tuberculoză pulmonară coinvađați cu *Toxocara canis*) și în gr. 2 (bolnavi de tuberculoză pulmonară) a fost semnificativ mai mare comparativ cu sănătoșii (p<0.001 în ambele grupe). Conținutul leucocitelor în gr. 3 (bolnavi de toxocaroză) nu se diferenția de sănătoși. Conținutul leucocitelor în gr. 1 avea tendință spre creștere comparativ cu bolnavii gr. 2 însă nu se diferenția statistic semnificativ între eșantioane (tabelul 1).

Conținutul neutrofilelor segmentate în gr. 2 pînă la tratament a fost înalt și se diferențiază semnificativ comparativ cu același indicator cu al sănătoșilor ($p < 0.05$). Conținutul neutrofilelor segmentate în gr. 1 și 3 nu se diferențiază de cel al sănătoșilor. Conținutul neutrofilelor segmentate în gr. 2 a fost semnificativ mai înalt cu cel al gr. 1 ($p < 0.05$).

Conținutul neutrofilelor nesegmentate în toate grupuri pînă la tratament a fost semnificativ mai mare pînă la tratament comparativ cu al sănătoșilor ($p < 0.001$ în toate grupe). Cea mai mare cantitate a nesegmentatelor s-a constatat la bolnavii gr. 3 (semnificativ mai mare decît la bolnavii gr. 1 $p < 0.001$).

Neutrofilele tinere se depistau foarte rar doar la bolnavii gr. 3.

Conținutul total al limfocitelor a fost aproximativ identic diminuat la ambele grupuri înainte de tratament, comparativ cu sănătoșii ($p < 0.001$ în toate grupurile). S-a demonstrat tendința la reducerea limfocitelor în gr.1.

Capacitatea de adaptare (după indicele de adaptare - IA) a organismului, a fost aproximativ similară diminuată la bolnavii gr. 1 și 2 și mai redusă la bolnavii gr. 3 comparativ cu sănătoși pînă la tratament (fără diferență semnificativă).

Consecutiv, conform indicatorilor sus-expuși nu este posibilă diferențierea severității patologiilor la bolnavii investigați. Totuși s-a constatat că la bolnavii gr. 1 s-a determinat creșterea conținutului leucocitelor, la bolnavii gr. 2 s-a determinat creșterea conținutului neutrofilelor segmentate și la bolnavii gr. 3 s-a constatat creșterea neutrofilelor nesegmentate. Conținutul limfocitelor a fost nesemnificativ mai redus la bolnavii gr. 2. S-a determinat tulburări asemănătoare de perturbație în toate grupurile investigate.

Activitatea hemolitică totală a complementului (AHTC) în toate grupurile pînă la tratament a fost mai redusă (tabelul 2) comparativ cu sănătoșii (p începînd cu < 0.01 pînă la < 0.001). La bolnavii gr. 1 s-a determinat cea mai redusă capacitate hemolitică a complementului semnificativ demonstrată ($p < 0.05$ în comparație cu gr. 2).

Tabelul 2. Indicatorii AHTC, AN și VSH la bolnavii investigați

Indicator	Sănătoși n=90	Grupurile de bolnavi		
		1 - T+TC n=33	2 - T n=33	3 - TC n=33
AHTC	59,8±1,56	47,6±0,66□	55,0±0,79●□	49,8±1,54□
VSH	6,0±0,32	35,2±3,20○□	34,6±3,42□	4,2±0,66■□
AN	2,5±0,08	1,52±0,078□	1,60±0,102□	1,32±0,112□

Semnificația statistică între grupuri: ○ – între grupul TP+TX și TX; ● – între TP+TX și TP;
■ – între TP și TX; □ – între sănătoși și bolnavi

VSH este un indicator nespecific care devine pozitiv pînă la stadiul clinic. Creșterea VSH se determină în multiple maladii infecțioase, oncologice și autoimune (Крылов А.А., и др., 2007). VSH-ul pînă la tratament a fost semnificativ crescut la gr. 1 și 2 comparativ cu sănătoșii ($p < 0.001$ în ambele grupuri). La bolnavii gr. 3, VSH a fost semnificativ mai redus ($p < 0.05$).

comparativ cu sănătoșii. Indicatorii VSH în gr. 1 și 2 a fost semnificativ mai mare, comparativ cu gr. 3. Conținutul anticorpilor naturali (AN), de asemenea activitatea hemo-litică totală a complementului (AHTC), pînă la tratament a fost semnificativ mai redusă comparativ cu sănătoșii ($p < 0.001$ în toate grupurile). Diferențe semnificative în conținutul anticorpilor naturali nu s-au determinat. Astfel am demonstrat că VSH și AHTC au fost mai sever modificați în gr. 1.

O populație specială a limfocitelor, numite normal killers (NK sau CD-16) se diferențiază din populația generală predecesoare și in vivo pot spontan, adică fără o imunizare anticipată să distrugă celulele oncologice sau cele infectate de viruși (P.M.Хайтов, 2009).

Indicatorii testului reducerii sării de nitro-blue-tetrasolium (testul NBT) pînă la tratament a fost semnificativ mai redus la bolnavii gr. 1 și 3, comparativ cu sănătoșii ($p < 0.05$ în ambele grupe). Între grupuri indicatorii testului NBT nu s-a diferențiat semnificativ, dar s-a determinat tendința spre creștere la bolnavii gr. 2. Numărul neutrofilelor capabile pentru fagocitoză (numărul fagocitar - NF) în toate grupurile nu s-a diferențiat semnificativ cu sănătoșii. Între grupuri, indicatorii cei mai înalți s-au înregistrat la bolnavii gr. 2, comparativ cu gr. 3 ($p < 0.01$).

Tabelul 3. Indicatorii CD-16, testului NBT, numărul fagocitar și indicelui fagocitar

Indicator	Sănătoși n=90	Grupurile de bolnavi		
		1 - T+TC n=33	2 - T n=33	3 - TC n=33
CD-16	12,1±0,51	25,6±1,74○□	21,2±1,17●□	13,5±0,33■□
NBT	0,14±0,006	0,12±0,005□	0,13±0,005	0,12±0,006□
NF	76,9±0,86	77,2±1,27	79,0±1,31	74,1±1,51■
IF	4,6±0,17	4,8±0,21○	5,1±0,20	3,6±0,17■□

Semnificația statistică între grupuri: ○ – între grupul TP+TX și TX; ● – între TP+TX și TP;
■ – între TP și TX; □ – între sănătoși și bolnavi

Activitatea fagocitară a neutrofilelor (IF) pînă la tratament, doar la bolnavii gr. 3 a fost semnificativ mai redusă comparativ cu sănătoșii ($p < 0.001$). Între grupuri cea mai mare activitate fagocitară a neutrofilelor s-a determinat în gr. 2.

Concluzii. S-a determinat că unii indicatori care caracterizează starea rezistenței preimune, au fost semnificativ sau nesemnificativ perturbați mai sever în gr. 1 (în care au fost incluși bolnavii de tuberculoză pulmonară coinvađați cu *Toxocara canis*), mai puțin important deteriorați la bolnavii gr. 3 (bolnavii de toxocaroză), și mai puțin deteriorați au fost indicatorii rezistenței preimune la bolnavii gr. 2 (bolnavi de tuberculoză pulmonară). Pentru determinarea unor diferențe semnificative între grupuri, necesită creșterea numărului de bolnavi supravegheați, deoarece tendințe spre modificări ale severității la bolnavi poate fi determinată.

PARTICULARITĂȚILE CLINICE, DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT LA PACIENȚI GERIATRICI CU BPCO

Serghei Pisarenco, Diana Condrațchi

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Scopul studiului. Studiarea particularităților clinice ale bronhopneumopatiei cronice obstructive la pacienții din diferite grupe de vârstă.

Material și metode. Au fost supuse analizei 208 pacienți cu BPCO aflați la tratament în condițiile clinicii IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” pe parcursul anilor 2011–2012, la fel și analiza surselor de literatură, colectate din baze medicale informaționale MEDLINE, EMBASE, HighWire, Hinari. Divizarea bolnavilor în funcție de grupe de vârstă s-a realizat în baza recomandărilor OMS despre repartizarea pe vârste. Diagnosticul BPCO a fost stabilit în conformitate cu recomandările strategiei GOLD.

Rezultate și discuții. Eșantionul analizat a inclus pacienți cu BPCO cu evoluție moderată, severă și foarte severă, inclusiv 173 (83,2%) bărbați și 35 (16,8%) femei (raport 5:1). După categorii de vârste pacienții au fost repartizați astfel: pacienții cu vârstă medie – 90 (43,3%), vîrstnici – 90 (43,3%) și cu vârstă senilă – 28 (13,4%) pacienți. Cu avansarea în vârstă se observă o tendință de agravare a evoluției BPCO. Astfel, în grupa de vârstă medie prevalează pacienții cu BPCO evoluție moderată – 34 (40%) și severă – 39 (45,9%); în grupa vîrstnicilor menționăm predominarea pacienților cu evoluție severă – 56 (62,2%) și o pondere semnificativă de pacienți cu evoluție foarte severă – 24 (26,7%). Deja grupul pacienților senili îl formează în majoritate bolnavii cu evoluție foarte severă – 22 (78,6%), grupul îl completează 6 (21,4%) pacienți cu evoluție severă.

Identificarea indicatorului de polimorbiditate (IP) – numărului mediu de patologii diagnosticate, asociate BPCO, a demonstrat că acest indicator este direct proporțional severității BPCO și vârstei pacienților. Astfel, cel mai înalt IP – 5,3 este determinat în grupul pacienților cu BPCO stadiul IV, el fiind de 1,2 ori mai mare decât IP din grupul pacienților cu BPCO de vârstă medie în stadiul similar (4,6).

Tratamentul BPCO, asociată cu multiple co-morbidități importante, a necesitat administrarea medicamentelor din mai multe grupuri farmaceutice (polipragmazia inevitabilă). Astfel, pacienților în stadiul II s-au administrat medicamente aproximativ din 9 grupuri farmaceutice, bolnavilor în stadiul III \approx 10 și pacienților în stadiul IV \approx 12.

Starea severă a bolnavilor a condiționat necesitatea de aplicare a oxigenoterapiei de lungă durată la toți (100%) pacienții internați în stadiul IV și la 58% pacienți în stadiul III al maladiei.

Compliance terapeutică redusă este fenomenul întâlnit în practica terapeutică mondială. Iscușința medicului constă în aptitudini de alegere a terapiei optime, a dozei adecvate în scopul obținerii rezultatelor clinice benefice cu complicații minime. Patologiile asociate, limitarea capacității de autodeservire, disfuncțiile cognitive necesită abordare multidisciplinară în tratamentul bolnavilor vîrstnici.

Evaluînd durata de aflare la tratament în condiții de staționar a fost apreciată dependența de severitate a BPCO – cu agravarea evoluției bolii crește numărul de zile/pat. Pacienții cu BPCO în stadiul II s-au aflat la tratament în medie 8,9 zile/pat, bolnavi în stadiul III – 10,5, pacienții în stadiul IV – 11,5 zile/pat.

Concluzii. Printre pacienții cu BPCO aflați la tratament în staționarul specializat, rata persoanelor vîrstnice și senile constituie 53,3%. La pacienții vîrstnici, de obicei, constatăm o evoluție mai severă a maladiei, cu mai multe co-morbidități, complianță terapeutică mai redusă și durată mai lungă de tratament. Evaluarea reușită a cazurilor clinice de pacienți vîrstnici și senili cu BPCO și patologie asociată multiplă presupune cunoașterea modificărilor de vîrstă, farmacodinamicii medicamentoase, particularităților tabloului clinic și necesității de administrare a tratamentului adecvat.

ASPECTE CLINICE ȘI DE LABORATOR ALE AFECȚIUNILOR RESPIRATORII ASOCIATE CU TOXOCAROZĂ

Rotaru-Lungu C., cercetător științific
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Scopul lucrării: Analiza manifestărilor clinice și de laborator și caracteristicile evoluției Toxocarozei la copii.

Materiale și metode: A fost examinați copii cu vîrsta cuprinsă între 1 și 6 ani. Structura pe vîrste: 1pînă la 3 ani-16 copii, 4-6 ani-18 copii. Diagnosticul „Toxocaroză” a fost stabilit în baza datelor clinice și epidemiologice, examenului de laborator general (analiza generală de sînge, analiza biochimică a sîngelui), datelor examenului instrumental (radiografia organelor cutiei toracice, ultrasonografia abdomenului), aprecierea titrului de anticorpi anti – toxocara prin ELISA.

Rezultate și discuții: Durata manifestărilor clinice, modificărilor de laborator (eozinofilia și analiza generală de sînge) și/sau identificarea titrului diagnostic de anticorpi anti-toxocara varia de la cîteva luni pînă la cîteva ani (2 ani). Motiv pentru a examina copii la toxocaroză a servit eozinofilia (mai mult de 6%) în analiza generală de sînge în 42% cazuri și 58 %-examenul planic al pacienților cu patologie alergică. La cei examinați s-a identificat polimarfismul manifestărilor clinice. Manifestările cutanete au fost prezentate de dermatita atopică și ierupții cutanete sub forma de urticarie, eritem exudativ polimorf la 14 copii (41.1%). La 33,3% respondenți sufereau de următoarele patologii alergice: astm bronșic persistent, rinită alergică persistentă, la 11,1% în anamneză acuzau episoade de eritem exudativ polimorf, edem Qwinke și urticarie. Sindromul bronhoobstructiv se manifesta prin tuse prelungită (mai mult de 2 luni), bronșite recidivante obstructive la 7 pacienți (20,6%). Acuze la micșorarea poftei de mincare, dureri abdominale au prezentat 4 pacienți (11,7%). Subfebrilitate mai mult de 3 săptămîni au prezentat 2 pacienți (5,8%).

În hemoleucograma efectuată la adresare a fost identificată leucocitoză $13,4 \pm 1,6 \times 10^9 /l$, condiționată probabil la șase dintre ei (17,6%) de infecția respiratorie acută prezentată la momentul adresării. Eozinofilia a fost notificată în 77,8 % cazuri: de la 6-10% la 59,6% pacienți, 11-20%-23,2%, 21-30%-7,8%, mai mult de 31%-9,4%. În analiza biochimică a sîngelui: hiperfermentemie și disproteinemiela 14 pacienți (41,1%). În 100% cazuri Anti Toxocara IgG a marcat rezultat pozitiv (norma $\leq 0,236$): indici cuprinși între 0,236 și 0,472- la 9 copii (26,5%), 0,473-0,709-6 copii (17,6%), 0,710-0,946-10 copii (29,4%), mai mult de 0,947-5 copii (14,7%).

Concluzii: În fața unei hipereozinofilii trebuie să căutăm (obligatoriu) anticorpi antitoxocara, aceasta fiind considerată semnul cel mai important al bolii. Prioritar predomină formele subclinice de toxocaroză. Expresivitatea clinică este polimorfă, dar predomină manifestările clinice ale patologiilor cu substrat alergic (astm bronșic, dermatită atopică, bronșită obstructivă recidivantă) și hipereozinofilia ceea ce determină necesitatea examinării acestui contingent de pacienți la toxocaroză.

CARACTERISTICELE PSIHOLOGICE ALE BOLNAVILOR CU ABANDON AL TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS

Ciobanu Serghei, cercetător științific stagiar
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Incidența globală în Republica Moldova este de trei ori mai înaltă decât media înregistrată în țările europene și constituie 114,3 la 100000 populație. Tratamentul tuberculozei solicită un regim complex și de durată, iată de ce aceasta poate pune la încercare complianța la tratament al pacienților cu tuberculoză. Complianța sau aderența la tratament înseamnă atragerea pacientului la tratamentul indicat, luând toate medicamentele prescrise pe întreaga durată a tratamentului

Conform datelor monitoringului OMS debacilarea în perioada intensivă la externarea din staționar atinge prevederile strategiei DOTS (83-85%), însă la sfârșitul fazei de tratament rata Conform succesului la cazurile noi BAAR-pozitiv în ultimii ani nu depășește 62%. Numărul pacienților care au întrerupt tratamentul timp de 2 luni și mai mult în ultimii ani se menține la nivelul de 12%. Reducerea succesului tratamentului este influențată de eficacitatea tratamentului în faza de continuare, această fază devenind crucială și se presupune că cel mai des eficacitatea tratamentului se reduce anume în această perioadă. Insuccesul tratamentului rămâne o provocare pentru majoritatea programelor de control al tuberculozei. Aceasta crește riscul dezvoltării rezistenței la preparatele antituberculoase, recidivei și decesului prin progresarea tuberculozei.

Momentele respective au cauzat interesul față de aspectele psihologice ale atitudinii față de tratamentul tuberculozei la pacienții non-cooperanți și cei cooperanți. Aspectul dat se prezintă important datorită situației reale a maladiei în țară, situație care devine din ce în ce mai îngrijorătoare.

Astfel, manifestarea incomplianței (non-aderenței) a devenit una dintre cele mai actuale probleme în rata reușitei tratamentului antituberculos, care necesită studiere și rezolvare. O deosebită valoare capătă identificarea factorilor de risc asociați cu eșecul terapeutic și abandonul în rândul pacienților de tuberculoză supuși tratamentului.

Scopul lucrării. Studiarea motivelor, structurii abandonului tratamentului antituberculos și răspunsului emoțional al pacienților la dezvoltarea tuberculozei

Material și metode. Pentru evaluarea aspectelor cauzale ale abandonului și întreruperii tratamentului au fost analizate ponderea și structura clinico-microbiologică a abandonului și întreruperii tratamentului din perioada 2007-2009, cu utilizarea bazei de date SIME TB și datele centralizate de la Biroul Național de Statistică. Pentru evaluarea aspectelor psihologice ale bolnavilor cu abandon, s-a realizat un studiu pe 55 de pacienți prin intermediul unui chestionar special. Chestionarul includea referințe la statutul social și financiar, situația familială, satisfacția

de tratamentul urmat și eficacitatea sa, informatizarea pacientului despre boală, deprinderile nocive, prezența încrederii în vindecare și medicul curant

Rezultate. Studiul retrospectiv a demonstrat că în anul 2007 au fost înregistrate 5325 de cazuri noi și de recidivă a tuberculozei, dintre care au abandonat și întrerupt tratamentul antituberculos 570 de pacienți ce constituie 10,7%.

În anul 2008 au fost înregistrate 4 970 de cazuri noi și de recidivă a tuberculozei, au abandon și întrerupt tratamentul 572 de pacienți și ponderea acestora constituie 11,5%.

În anul 2009 au fost înregistrate 4744 îmbolnăviri cazuri noi și recidivă a tuberculozei, au abandon și întrerupt tratamentul 477 de pacienți, ponderea cărora constituie 10,0%.

Conform tipului cazului de tuberculoză în structura abandonurilor predomină *cazurile noi* – 49,9%, *cazuri după întrerupere repetată* – 19,1%; 9,8% constituiau *cazurile după eșec*, 1,5% – *cazurile cronice* și 0,6% – *cazurile cu tratamentul inițiat în străinătate*.

Pe medii mai frecvent fac abandon pacienții din localitățile rurale, care constituie 52,2%.

Pe sexe predomină pacienții bărbați, care constituie 83,2%, raportul fiind de 4,9/1 pentru bărbați.

Din totalul de abandonuri și întrerupere a tratamentului, ponderea BAAR-pozitivi prin microscopie constituie 68,3% și prin cultură – 49,0%.

Maladii concomitente erau prezente la 25,6% (122), inclusiv infecția HIV – 16,4%, alcoolism – 69,5%, narcomanie – 9,0%, psihopatii –

Analiza cauzelor abandonului tratamentului a evidențiat ca fiind mai frecvente și de o pondere mai înaltă anumite poziții:

- Informarea și cunoașterea insuficientă a bolii de către pacient și atitudinea neglijentă față de sănătatea sa – 90 %
- Circumstanțe familiare (divorț, singurătate) – 80 %
- Stări nevrotice acute (manie, egocentrism, resentimente) – 80 %
- Locul de trai al pacientului îndepărtat față de instituția medicală – 80 %
- Stare materială precară – 80 %
- Deprinderi nocive (abuz de alcool, fumatul, droguri) – 80 %
- Atitudine rece și intolerabilă a celor din anturaj – 70 %
- Emigrarea peste hotare – 50 %
- Dorința de a duce un mod liber de viață, pierderea autocriticiei și lipsa siguranței în vindecare – 50 %

Concluzii. Manifestările incompliancei – abandonul – a devenit una dintre cele mai actuale probleme în rata reușitei tratamentului antituberculos, care necesită studiere și rezolvare. Abandonează tratamentul mai frecvent bolnavii aparținând grupurilor social și economic defavorizate, cu deprinderi nocive aparținând grupurilor epidemiologice cu risc sporit. Pauperitatea, absența locului de trai stabil, încarcerarea în cursul vieții periclitează continuitatea tratamentului antituberculos, predispunând abandonul său. Factorii cu risc mare pentru abandon au reprezentat sexul masculin, nivelul economic dezavantajat, solitudinea civilă, consumul de alcool și statutul de eliberat din detenție. În reușita tratamentului antituberculos, o deosebită valoare capătă identificarea factorilor de risc asociați eșecului terapeutic și abandonului în rândul pacienților cu tuberculoză supuși tratamentului conform strategiei DOTS. Grupurile țintă pentru inițierea și derularea măsurilor de reducere a riscului abandonului: bărbații, Persoanele cu nivel

redus de instruire școlară, paupere, cu statut civil dezavantajat, cu deprinderi nocive, din focare, care au fost încarcerate în cursul vieții. La prima vizită a pacientului cu medicul este indicată o convorbire educațional-informativă despre boală, calea de transmitere, efectele secundare posibile ale acțiunii medicamentelor, instruirea psihologică a pacientului pentru tratament antituberculos de lungă durată. Emoțiile pozitive contribuie vindecării și recuperării mai rapide, în consecință pacientul trebuie să simtă grijă și atenția apropiaților. Atmosfera psihologică sănătoasă în spital se crează în cazul în care, un stil de lucru bun este combinat cu relațiile de prietenie între cadrele medicale. Aceasta posedă influență benefică asupra pacienților și contribuie la creșterea efectului tratamentului antituberculos.

HIPERINFLAȚIA PULMONARĂ LA PACIENȚII CU BPOC

Valentina Scaletchi, dr. în medicină
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

În prezent, bonhopneumopatia cronică obstructivă este o patologie cu un prognostic nefavorabil, care este determinat de gradul de exprimare a obstrucției bronșice, precum și de dezvoltarea emfizemului pulmonar.

Material și metode. În studiu au fost incluși 156 pacienți cu BPOC, care s-au adresat după asistență specializată în IFP „Chiril Draganiuc”. Diagnosticul a fost stabilit după criteriile exacerbării convenționale date de clasificarea GOLD. Pacienții au fost examinați prin metoda spirometriei computerizate cu testul farmacologic, bodiplotismografiei, efectuate pe un dispozitiv Master Screen-Body.

Rezultatele științifice. În stadiile ușoare ale BPOC s-a detectat o creștere a volumului rezidual (VR) până la 140% și o creștere din acest cont a capacității pulmonare totale (CPT) peste 120% în prezența permeabilității bronșice normale. La pacienții cu BPOC moderat rezultatele obținute reflectau prezența obstrucție bronșice într-o măsură mai mare, nu doar la nivelul bronhiilor de calibru mare, dar și de calibru mic, cu un grad înalt de hiperinflație pulmonară. Rezistența bronșică (R_{tot}) a fost moderat crescută până la $185,0 \pm 11,3\%$ la 8-10-lea nivel de bifurcare a bronhiilor. CPT, determinată bodiplotismografic, a constituit $123,5 \pm 13,4\%$, din contul creșterii VR la $242,4 \pm 38,6\%$, FRC era majorat până la $141,0 \pm 6,2\%$. În BPOC sever și foarte sever s-a observat obstrucție persistentă generalizată (la nivelul bronhiilor de calibru mare și mic), cu o reducere a tuturor indicatorilor dinamici, cu o creștere marcată a VR la $347,4 \pm 41,5\%$ și a CPT la $159,5 \pm 15,2\%$, o creștere semnificativă a rezistenței bronșice (R_{tot}) de peste $347,4 \pm 41,5\%$. Între toate cele patru grupuri de pacienți s-au remarcat diferențe statistic semnificativă între indicatorii permeabilității bronșice și a funcției pulmonare ventilatorii ($p < 0,05$).

Discuții. Progresia constantă a tulburărilor este provocată de distrugerea structurilor elastice pulmonare, semn diagnostic precoce a căreia este hiperinflația pulmonară. Hiperinflația în BPOC este ireversibilă și ca o caracteristică funcțională și radiologică reflectă evoluția emfizemului, ceea ce duce la micșorarea reculului elastic pulmonar. O dată cu scăderea reculului

elastic pulmonar are loc majorarea gradului de relaxare a pulmonilor (V_r), care este motivul pentru care FRC a crescut, semn de hiperinflație pulmonară statică. Însă, hiperinflația statică are un rol minor în tulburarea mecanicii respiratorii la pacienții cu BPOC, un rol mai important îl are hiperinflația dinamică. Hiperinflația dinamică – tulburare în care FRC depășește V_r ca rezultat al unui timp insuficient de expir pentru decompresia pulmonilor pînă la nivelul V_r înainte începutului inspirului următor. Această condiție apare la pacienții cu limitarea severă a debitului expirator în condiții de scurtare relativă a timpului de expirație.

Creșterea volumului rezidual (VR) peste 120%, cu reducerea concomitentă a $VEF_1 < 80\%$ și micșorarea capacității de difuziune a gazelor (sub 80% din valoarea prezisă) reprezintă criterii funcționale de emfizem pulmonar, criterii acceptate de Societatea Americană Toracică.

Concluzii. Creșterea volumului pulmonar și a gradului de pneumatizare (hiperinflație) reprezintă criterii importante pentru stabilirea diagnosticului de emfizem pulmonar la pacienții cu BPOC.