

30,9% de cazuri cu determinări pleuropulmonare. Frecvența depistării afectărilor pleuropulmonare, de asemenea, incidența și intensitatea exprimărilor trombotice și hemoragice sunt mai relevante la pacienții cu evoluție acută și subacută, activitate maximală a LES.

Summary

The patterns of pulmonary lesions in correlation with the clinical manifestations of the haemostasis modifications were studied in 94 patients with systemic lupus erythematosus (SLE). SLE evolved with pleuropulmonary impairment in 30,9% cases. The frequency of detection of pleuropulmonary lesions, the incidence and intensity of the plachetary and hemorrhagic expression are more relevant in patients with acute and subacute evolution and the maximal activity of the SLE.

DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC AL TUBERCULOZEI APARATULUI RESPIRATOR

Nadejda Pisarenco, dr. în medicină, IMSP Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie, Chișinău

De-a lungul anilor pentru depistarea cazurilor noi de tuberculoză la persoanele mature la noi în țară se aplica radiomicrofotografia organelor toracice. Anual erau examinate toate persoanele care se adresau la medicii din policlinică; persoanele din grupul de risc major de îmbolnăvire de tuberculoză; așa-numitul “contingent decretat”. În cazurile în care se depistau modificări pe radiomicrofotografii, pacienții erau îndreptați pentru un examen mai detaliat în instituțiile fiziologice. O astfel de abordare, de regulă, asigura depistarea oportună a bolnavilor cu leziuni pulmonare limitate încă până la apariția simptomelor clinice de boală [1,7,16-19].

Creșterea considerabilă a numărului de îmbolnăviri de tuberculoză în țară în ultimul deceniu, după o perioadă îndelungată de stabilizare relativă, a dus la creșterea frecvenței cazurilor în care diagnosticul de tuberculoză se confirma iremediabil de târziu. S-au redus activitățile profilactice de depistare oportună a tuberculozei. Majoritatea cazurilor noi de tuberculoză se depistează în timpul adresării la medicul din policlinică sau la internarea în staționările rețelei medicale generale. În astfel de condiții prima etapă de diagnostic – depistarea bolnavilor cu tuberculoză - se realizează de către lucrătorii instituțiilor rețelei medicale generale. Or, specialiștii din rețeaua medicală generală (RMG) astăzi au cunoștințe insuficiente referitoare la tuberculoză și, în particular, la problemele diagnosticului radiologic al acestei boli, confruntându-se, din această cauză, cu dificultăți în plan de diagnostic și comițând erori [2,14,18].

Scopul cercetării a fost optimizarea diagnosticului tuberculozei aparatului respirator, luând în considerare informativitatea metodelor radiologice accesibile.

Materiale și metode. S-a analizat informația referitoare la un contingent de persoane mature cu suspecție de tuberculoză a organelor aparatului respirator îndreptate în anul 2004 de medicii din rețeaua medicală generală în secția de radiologie a clinicii. Metoda de examen radiologic, în toate cazurile fără excepție, se selecta după examinarea anamnezei, rezultatelor investigațiilor clinice și de laborator, studiului minuțios al datelor imagistice și se definea în funcție de particularitățile procesului patologic.

Rezultate și discuții. S-a constatat că pentru soluționarea problemelor de diagnostic, aferente din examenul persoanelor îndreptate în clinică din rețeaua medicală generală, se cerea aplicarea unor metode radiologice variate (tomografia liniară, radiografia și microradiografia cu cadru mare). Mai frecvent s-a aplicat tomografia liniară, ponderea căreia în structura examenelor radiologice a constituit 91,5%.

Însă soluționarea problemelor de diagnostic fără folosirea datelor tomografiei liniare era imposibilă. Tomografia face posibilă depistarea unor grupe mici și conglomerate de focare mici, precum și de focare absorbite de fibroză și emfizem, neevidențiate pe clișeele obișnuite. Metoda

permite a preciza caracterul leziunilor ganglionilor limfatici mediastinali și al simfizelor pleurale, precum și starea traheei și a bronhiilor mari [11-13].

Raportul clișeelor stratificate, realizate în incidență directă și laterală, a fost 4:1. Examenul stratificat în incidență directă permitea a depista cavitățile de distrucție, inclusiv cele de dimensiuni mici, a obține informație completă referitor la dimensiunile acestora, la caracteristica pereților cavernelor și a bronhiilor de drenaj eferente. Examenul stratificat în incidență laterală reflecta mai distinct alterările în zonele de țesut pulmonar situate posterior de opacitatea cardiacă, vasele mari și hilurile pulmonare, precum și după cupola diafragmei. Mai distincte s-au dovedit a fi imaginile scizurilor interlobare patologic modificate. Examenul stratificat în incidență laterală facilita localizarea topică a leziunilor patologice și preciza concepția cu privire la forma și dimensiunile lor adevărate [1,2-4,12].

Frecvența aplicării examenelor radiografic și microradiografic s-a dovedit a fi mai joasă, ponderea lor în structura investigațiilor diagnostice a constituit, respectiv, 6,1% și 2,4%. De regulă, examenul radiologic era centrat și rezultatele erau completate de datele tomografiei. Microradiografia însă mai frecvent se aplica în cazurile unei informativități insuficiente a examenului realizat în rețeaua medicală generală.

Folosirea unui complex de metode imagistice în 92,2% din cazuri a făcut posibilă precizarea originii alterărilor patologice în organele respiratorii. Tuberculoza a fost diagnosticată de 3,5 ori mai frecvent, comparativ cu patologia aparatului respirator de o altă etiologie. Forma clinică de tuberculoză activă mai des depistată s-a dovedit a fi cea infiltrativă.

Radiologic în plămâni s-au determinat, preponderent, infiltrate bronhiolobulare (nebulos, segmentită, lobită). Pneumonie cazeoasă și focare rotunde s-au relevat semnificativ mai rar, frecvența fiind aproximativ aceeași. Mai frecvent era afectat plămânul drept, lobii superiori. La 1/2 din bolnavi în plămâni se descopereau procese cu distrucție. Frecvența distrucției pulmonare varia considerabil în funcție de varianta procesului infiltrativ. Cea mai înaltă s-a dovedit a fi în pneumonia cazeoasă și în infiltratele segmentare-lobare. Ceva mai rar, însă într-un număr semnificativ de cazuri, distrucția s-a determinat în infiltratul nebulos. În general, pentru tuberculoza infiltrativă s-au dovedit a fi caracteristice alterările distructive pulmonare unice. Totodată, două cavități de distrucție s-au determinat în 1/3 de cazuri, trei cavități de distrucție - în 1/5. Cu creșterea numărului de cavități de distrucție se măreau și dimensiunile lor. În general, pentru tuberculoza infiltrativă erau caracteristice leziuni de dimensiuni medii și mici [8,9].

Este necesar de subliniat că în tuberculoza infiltrativă un diagnostic calitativ al leziunilor distructive este imposibil fără utilizarea unui complex de metode imagistice, incluzând și tomografia radiologică. Grație examenului tomografic al plămânilor, se reușește depistarea în 1/2 de cazuri a formațiunilor cavitate, în primul rând, de dimensiuni mici.

În baza datelor examenului radiologic a devenit posibilă nu numai depistarea alterărilor cu distrucție, dar și diferențierea cavernelor mici de focarele cu distrucție. Totodată, se ia în considerare forma cavernei și a focarului, grosimea pereților (stratului limitrof), conturul extern și cel intern, caracterul modificărilor bronhiei regionale și suprapunerilor pleurale, precum și al modificărilor țesutului limitrof. Pentru cavernele de dimensiuni mici este caracteristică prezența unei opacități inelare, deseori de formă ovală neregulată cu două opacități mari – una direcționată spre pleură și cealaltă în direcția hilului: formate de bridele pleurocavitate și bronhiocavitate. Distrucția în focare se caracteriza prin prezența în focar a unui defect tisular – cavitate de distrucție – de formă rotundă. Contururile interne ale cavității repetau contururile externe ale focarului, iar grosimea stratului limitrof, de regulă, nu depășea dimensiunile cavității. Spre deosebire de cavernele de dimensiuni mici, fasciculul bronhiovascular regional se vizualiza radiologic foarte rar. În cavernele mici modificările țesutului pulmonar adiacent formau un tablou caracteristic: adițional la opacitatea inelară cu două bride se determină alterări cu aspect reticular și trabecular și focare de distensie locală a țesutului pulmonar. Modificările țesutului pulmonar adiacent în cazul distrucției în focare erau reprezentate doar prin alterări cu aspect reticular și trabecular și opacități focale mult mai mici [11,13].

În 1/3 din cazuri afecțiunea evolua atipic. Atipismul manifestărilor procesului deseori prezenta

una din cauzele unui diagnostic eronat, făcând dificilă verificarea diagnosticului, atât la nivelul policlinicii, cât și în cadrul examenului în condițiile dispensarului ftiziologic. Totodată, extrem de valoroase sunt rezultatele pozitive ale examenului micobacteriilor în spută și menționarea unui impact recent cu bolnavii de tuberculoză.

Probleme majore, în plan de diagnostic, prezintă infiltratele bronhiolobulare, în care rezultatele examenului microbiologic fiind negative, deseori, nu pot contribui la confirmarea acestuia. Decisive în acest caz s-au dovedit a fi datele examenului radiologic, în primul rând, ale tomografiei. Adițional la leziunile tuberculoase postprimare, deseori aflate în regiunea infiltratului, s-au depistat și alte formațiuni, mai recente, situate în exteriorul infiltratului, focare separate sau amplasate în grupuri la oarecare distanță de infiltrat și leziuni infiltrative peribronhiale și perivasculare în direcția hilului. Toate aceste alterări, deopotrivă cu o intensitate semnificativă a opacității focarului specific, creau un tablou suficient de tipic. Concomitent cu aceasta, în favoarea infiltratului tuberculos, spre deosebire de pneumoniile nespecifice în focar, era și involuția destul de lentă a procesului sub tratament [10].

În 23,3% din cazuri activitatea leziunilor tuberculoase pulmonare și ganglionare intratoracice lipsea. Printre afecțiunile aparatului respirator de etiologie netuberculoasă predominau afecțiunile nespecifice pulmonare. În 1,8% din cazuri datele examenului radiologic au permis a exclude afecțiunile aparatului respirator.

Este necesar de menționat că diagnosticul, cu mici excepții, se limita la examene radiologice accesibile în rețeaua medicală generală. Aplicarea unor investigații imagistice și microradiografice adiționale era determinată de informativitatea insuficientă a clișeelelor radiologice primare. Tomografia însă în toate cazurile se aplica în cazurile mai dificile în plan de diagnostic, iar în etapa de ambulatoriu această metodă, de regulă, nu se folosea.

Concluzii

În condițiile organizatorice actuale în depistarea patologiei aparatului respirator, în primul rând, a tuberculozei pulmonare, rețeaua medicală generală se confruntă cu anumite dificultăți în plan de diagnostic. Cauza principală a acestor dificultăți este excluderea din complexul de investigații a avantajelor tomografiei liniare. Luând în considerare semnificația diagnostică majoră a acestei metode și particularitățile stării sociale a bolnavilor de tuberculoză, este oportună includerea tomografiei liniare în complexul de investigații recomandat în condițiile rețelei medicale generale persoanelor suspecte de tuberculoză. Aprofundarea cunoștințelor privind tuberculoza ale medicilor din rețeaua medicală generală va contribui la depistarea precoce și la tratamentul eficient al tuberculozei.

Bibliografie selectivă

1. Александрова А.В., *Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания*, М., Медицина, 1983, 192 с.
2. Corlan E., *Tuberculoza* // Medicina internă, vol. I, sub red. L.Gherasim, Ed. II, București, Editura medicală, 2002, p. 349-431.
3. Friedman P.J., *Radiology of the Superior Segment of the Lower Lobe* // Radiology, 1985, 144, p. 15-25.
4. Khan M.A., Koumat D.M., Bachus B., Whitcomb M.E., Brody J.S., Sinder G.L., *Clinical and Roentgenographic Spectrum of Pulmonary Tuberculosis in the Adult* // Am. J. Med., 1977, 62, p. 31-38.
5. With P. Stark., *Radiology Of Chest Diseases*, New York: Thieme Medical Publishers, 1990, p. 235-244.
6. *Методика томографии при туберкулезе и других заболеваниях легких* // Методическое письмо, Свердловск, 1969, 32 с.
7. Perelman M.I., Koreakin V.A., *Ftiziatria*, Manual, M., Mdicina, 1986, 336 p.
8. Pisarenco N., Sain D., Zbanț A., *Frecvența depistării și structura radiologică a tuberculozei active a aparatului respirator și a formei ei infiltrative în condițiile actuale* // Curier medical, 2003 (1), p. 25-27.

9. Pisarenco N., Sain D., *Corelații clinico-radiologice ale proceselor infiltrativ-pneumonice specifice în condițiile noi de combatere a tuberculozei* // Curier medical, 2002 (1), p. 16-19.
10. Pisarenco N., Magher A., *Caracteristica radiologică a tuberculozei pulmonare nonbacilare* // Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 17-18 octombrie 2002, p. 33-37.
11. Погодаева Н.П., *Рентгенологическая диагностика и рентгенологическая симптоматика каверн малых размеров и очагов с распадом* // Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1975, 20 с.
12. Помельцов К.В., *Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких*, 2-е изд., М., Медицина, 1971, 367 с.
13. *Послойное рентгенологическое исследование при туберкулезе легких* // Методические указания, М., 1973, 31 с.
14. Пунга В.В., Ковалева С.И., Жукова М.П. и др., *Современные проблемы выявления и лечения больных туберкулезом* // Пробл. Туберк., 1997(5), с. 7- 9.
15. Rottemberg G.T., Shaw P., *Radiology of Pulmonary Tuberculosis* // British Journal of Hospital Medicine, 1996, 56(5), p. 195-199.
16. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер М.Г., *Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания, Руководство для врачей*, 2-е изд., М., Медицина, 1987, 640 с.
17. Todea D., *Tuberculoza, Manual*, Cluj, Casa Cărții de Știință, 2000, 268 p.
18. Țîmbalari Gh., Vangheli I., Nalivaico N., Sain D., *Considerațiuni asupra evoluției epidemiei de tuberculoză Republica Moldova* // A IX Conferință a Ftizio pneumologilor, consacrată aniversării a 40 de anii a Institutului de Ftizio pneumologie (1 octombrie 1999), Teze, Chișinău, 1999, p. 33-38.
19. Хоменко А.Г., *Туберкулез, Руководство для врачей*, М., Медицина, 1996, 496 с.

Rezumat

În scopul optimizării diagnosticului tuberculozei pulmonare s-au studiat datele radiologice și alte date înregistrate la un grup de pacienți adulți, îndreptați în clinica specializată din rețeaua medicală generală cu suspexie la tuberculoză. S-a constatat că în condițiile organizatorice actuale în depistarea patologiei aparatului respirator, în primul rând, a tuberculozei pulmonare, rețeaua medicală generală se confruntă cu anumite dificultăți în plan de diagnostic. Cauza principală a acestor dificultăți este excluderea din complexul de investigații a avantajelor tomografiei liniare.

Summary

In order to improve the diagnostic process of the pulmonary tuberculosis, was studied the radiological data and other data of the adult patients with the suspicion of the tuberculosis, referred from general medical network to a specialized clinic. The main cause of the diagnostics problems was established to be the underutilization of the linear tomography advantages.

CERCETĂRI PRIVIND DIAGNOSTICUL ENDOSCOPIC AL BRONHIILOR MARI ȘI MICI ÎN TUBERCULOZA EVOLUTIVĂ

Iurie Simionică, dr. în medicină, conf.cercet., IMSP Institutul de Ftizio pneumologie „Chiril Draganiuc”

Influența negativă a diferitelor modificări în bronhii asupra evoluției și vindecării tuberculozei pulmonare a fost demonstrată de mai mulți autor. Un rol important joacă procesele specifice și cele nespecifice ale peretelui bronșic, care dereglează funcțiile bronhiilor [4]. Este recunoscut faptul că alterările incipiente în tuberculoza pulmonară evolutivă se produc la nivelul bronhiilor mici, decelarea în acest stadiu ar permite o eventuală recuperare, cel puțin parțială, iar problema dată reprezintă un motiv de preocupare insistentă pentru ftizio pneumologii din toată lumea. Practicarea sistematică a