

Astfel, în diagnosticul de trimitere în 9 cazuri au figurat patologii pleurale. În celelalte 14 afecțiuni pulmonare. Diagnosticul tuberculozei la acești pacienți a fost stabilit prin următoarele metode: histologică - 16 cazuri, examenul sputei la BAAR pozitiv - 5 cazuri și 2 cazuri la fibrobronhoscopie s-a stabilit prezența endobronșitei tuberculoase (confirmate ulterior histologic).

Concluzii

1. Studiul demonstrează creșterea progresivă a cazurilor de tuberculoză pleuropulmonară, depistate în secția Chirurgie toracică a Spitalului Clinic Republican în ultimii ani.
2. Erorile de diagnostic au fost comise la toate nivelurile – medicii de familie, spitalele raionale (secțiile chirurgie și terapie), secția consultativă a Dispensarului de ftiziopulmonologie.
3. Se impune aplicarea metodelor invazive cu prelevarea bioptatelor pentru examenul histologic în cazurile cu evoluție atipică a proceselor pulmonare și pleurale.
4. Se propune „reanimarea” grupului consultativ complex de specialiști (pulmonologi, ftiziatri, ftiziochirurghi, bronhologi, radiologi, oncologi), care ar menaja cazurile de diagnostic dificil.

Bibliografie selectivă

1. Gorbunov A.V., Kochetkova E., *In tuberculous pleural effusions, activated neutrophils undergo apoptosis and acquire a dendritic cell-like phenotype.* Infect Dis. J. 2005 Aug 1;192(3):399-409.
2. Aleman M., de la Barrera S.S., Schierloh P.L., Alves L., et. al., *Management of tuberculous pleuritis: can we do better?* Respirology. 2005 Mar;10(2):144-8.
3. Мотус И., Гапонюк П., Красноборова С. и др., *Туберкулёзный плеврит // Пробл. туб.* 2002; (11):28-31.

Rezumat

Autorii prezintă experiența secției de chirurgie toracică SCR în diagnosticul cazurilor primare de tuberculoză pulmonară, depistate în ultimii ani, analizând detaliat pacienții depistați în 2004. Din 23 de pacienți 9 au avut procese pleurale, iar 14- pulmonare. Se confirmă importanța diagnostică a metodelor invazive - bronhoscopia, biopsia pleurală și pulmonară.

Summary

Authors present their diagnostic experience in pleuropulmonary tuberculosis by analyzing patients hospitalized during last year in general thoracic surgery department of Republican Clinical Hospital. 14 cases of pulmonary and 9 cases of pleural tuberculosis were diagnosed by histologic examen of pleural and lung tissue, and by endoscopy, followed by biopsy.

TUBERCULOZA NAZOFARINGELUI

Elena Tudor, dr. în medicină, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”,
Alexandru Sandul, dr. h. în medicină, prof. univ., USMF „N. Testemițanu”, **Ion Haidarlî**,
dr. h. în medicină, **Gheorghe Rotaru**, **Vitalie Țâmbalari**, dr. în medicină,
Ghenadie Brânza, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”

Tuberculoza nazofaringelui este rar întâlnită. De regulă, este secundară, consecutivă tuberculozei pulmonare sau sistemice.

Se prezintă cazul R., 41 de ani, femeie, acuză durere pronunțată la deglutiție însoțită de otalgie, dispnee, obstrucție nazală, mărire în volum a părților laterale ale gâtului și submandibulare. Se consideră bolnavă din octombrie 2004, când a apărut febră 38°C, dureri la deglutiție. Fără antecedente patologice particulare. Contactul cu bolnavii de tuberculoză neagră. Inițial pacienta a fost îndreptată la consultație la oncolog cu suspecție la patologie neo.

Obiectiv: Stare generală gravă. În regiunea cervicală bilateral se palpează ganglioni limfatici

de consistență dură-elastică, de mărimi diferite, care formează conglomerate. Pachetul ganglionar este mobil, slab dureros și fără supurare. Rinoscopie anterioară: mucoasa pituitară este violacee și edemațiată, secreții mucopurulente neînsemnate. Orofaringoscopie și rinoscopie posterioară: vălul palatin, lueta, amigdalele palatine intacte. Mucoasa peretelui posterior al faringelui și cavumului hiperplaziată, neregulată și palidă.

Examene instrumentale: Hemograma: Hb. 103g/l, er. 3,6 g%, Val. glob. 0,86, $19,4 \times 10^9$, n 3, s 48, e 2, limf 38, m 9, VSH 57mm/oră. HIV-pozitiv. Examen radiologic al cutiei toracice la 05.04.05 – plămâni transparente. Hilii pulmonari cu structură obișnuită. Examen radiologic repetat al cutiei toracice la 11.05.05 - plămâni, hilurile și cordul în limitele normei. Histologic (ganglioni limfatici și nazofaringe) - inflamație tuberculoasă. Analiza secrețiilor nazofaringiene pentru BAAR - moderat pozitivă în probele 1 și 2.

Diagnostic: Tuberculoza nazofaringelui și ganglionilor limfatici cervicali, stadiu evolutiv E₁. HIV infecție.

S-a efectuat tratamentul conform schemelor DOTS. Dinamică pozitivă.

Discuții. Până la era antibacteriană tuberculoza, inclusiv tuberculoza nazofaringelui, nu se considera o patologie rar întâlnită [1; 2]. Din momentul utilizării pe larg a terapiei antituberculoase, tuberculoza nazofaringelui a devenit o patologie rară. J.J. Rohwedder menționează tuberculoza nazofaringelui numai la 0,1% de pacienți cu tuberculoză pulmonară activă [3]. Tuberculoza nazofaringelui se întâlnește rar și, de obicei, inițial se suspicionează proces neo [4], în literatură indicându-se cazuri unice. A. Falek și coaut. raportează un caz de tuberculoză nazofaringiană primară cu limfadenită submandibulară la o femeie în vârstă de 41 de ani. Inițial a fost suspectat neoplasm malign [8]. S. Sirirat descrie un caz de tuberculoză nazofaringiană primară, care s-a supus satisfăcător tratamentului specific [11]. Cu toate acestea, nazofaringele, fiind un loc relativ ascuns, patologia cu atât mai mult trebuie suspectată [4; 5], în special, în zonele endemice și cu sporirea HIV-infecției.

Diagnosticul diferențial al tuberculozei nazofaringelui se efectuează cu hiperplazia limfoidă, carcinomul nazofaringian, limfomul.

Diagnosticul de tuberculoză nazofaringiană se stabilește în baza datelor histologice și microbiologice ale probei prin biopsie. Examenul histologic pune în evidență inflamația granulomatoasă cu celule epitelioide și gigante sau necroză caseoasă. Pot fi determinați bacili acidorezistenți și izolate prin cultură a *M. tuberculosis*. Deși reacția granulomatoasă se determină frecvent, izolarea bacililor acidorezistenți sau *M. tuberculosis* poate fi extrem de dificilă. Uneori *M. tuberculosis* se izolează numai din a doua sau a treia biopsie nazofaringiană [10]. Tabloul clinic, de asemenea, este complicat când tuberculoza și carcinomul nazofaringelui sunt asociate și ambele patologii pot avea nu numai clinică similară, dar și reacție inflamatorie granulomatoasă. Carcinomul nazofaringian poate dezvolta reacție granulomatoasă în țesutul adiacent, similară procesului tuberculos.

Cauza confuziei diagnosticului este biopsia obținută din țesutul peritumoral. Totodată, inflamația granulomatoasă cu necroză și ulceratie se poate întâlni și după radioterapie, care se practică în tratamentul primar al carcinomului nazofaringian. B. Chua și coaut. raportează un caz când pacientul a urmat radioterapie pentru carcinom nazofaringian. Ulterior prezintă semne clinice și radiologice de progresare a procesului. Biopsia repetată, practică din nazofaringe, a demonstrat malignizare. Diagnosticul de tuberculoză nazofaringiană a fost stabilit în final după obținerea rezultatului pozitiv pentru bacili acidorezistenți din bioptatul nazofaringian. Tratamentul antituberculos s-a soldat cu rezultate pozitive [9].

Această problemă este complicată în cazul în care tuberculoza și carcinomul nazofaringian sunt simultane sau când tuberculoza nazofaringelui se dezvoltă după radioterapia urmată pentru carcinom [6; 7]. Dacă izolarea *M. tuberculosis* este dificilă, diagnosticul tuberculozei devine problematic.

Bibliografie selectivă

1. Graff S., *Die bedeutung dest epipharynx fur die Menschlidic Pathologie* // Klinika Wochenschr., 1936; 15: 953 –957.

2. Belal A., *Latent tuberculosis in tonsils and adenoids* // J Laryngol Otol, 1951; 65: 414–425.
3. Rohwedder J.J., *Upper respiratory tract tuberculosis: sixteen cases in a general hospital* // Ann Int Med., 1974; 80 :708–713.
4. Waldron J., van Hasselt C.A., Skinner D.W., Arnold M., *Tuberculosis of the nasopharynx: clinicopathological features* // Clin Otolaryngol, 1992; 17: 57–59.
5. Mahindra S., Bazas-Malik G., Sohail M.A., *Primary tuberculosis of the adenoids* // Acta Otolaryngol, 1981; 92: 173–180.
6. Raman R., Bakthaviziam A., *Tuberculosis associated with malignancy of the nasopharynx*. Indian J Otolaryngol, 1981; 33: 149–150.
7. Chua B.L., Tan H., Yang E.T., *Tuberculosis of the nasopharynx following radiotherapy* // Clin Oncol, 1998; 10: 59–61.
8. Falek A., Laskowski A., Konieczna A., Orszanska A., *The primary tuberculosis of the nasopharynx* // Otolaryngol Pol., 1996; 50(2):194-9.
9. Chua B.L., Tan H., Yang E.T., *Tuberculosis of the nasopharynx following radiotherapy* // Clin Oncol, 1998; 10: 59–61.
10. Eng H.L., Su C.Y., Chen W.J., *Nasopharyngeal tuberculosis* // Changgeng Yi Xue Za Zhi, 1996; Jun;19(2): 149-53.
11. Sirirat S., *Primary tuberculosis of the nasopharynx* // Med Assoc Thai, 1992; Mar;75(3): 195-7.

Rezumat

Diagnosticarea tuberculozei nazofaringiene este problematică, îndeosebi, dacă această patologie este asociată cu neoformațiuni și izolarea *M. tuberculosis* este dificilă.

Summary

The diagnosis of nasopharynx tuberculosis is doubtful, particularly when this pathology associated with neoplasm tumour and the isolation of *M. Tuberculosis* is difficult.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ВЗРОСЛЫХ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**Лариса Журжа, др. мед. наук, Елена Ботошану, Георге Цымбаларь, др. мед. наук,
Екатерина Жекю, София Рошка, ОМСУ Институт Фтизиопульмонологии
„Кирилл Драганюк”**

В современной неблагоприятной эпидемиологической обстановке отмечается не только рост заболеваемости туберкулеза, но и утяжеление структуры его клинических форм. В основном, это обусловлено тяжелым социально–экономическим положением населения, отчасти небрежным отношением лиц к своему здоровью, низкой фтизиатрической настороженностью врачей общей лечебной сети. Указанный комплекс социальных и медицинских факторов лежит и в основе запоздалой диагностики туберкулезного менингита – одной из самых тяжелых и трудно диагностических форм туберкулеза. Кроме того, позднее обращение к врачу, иногда атипичное течение менингита, сочетание его с другой локализацией туберкулеза, наличие лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, приводят к снижению эффективности лечения, глубокой инвалидизации и высокой смертности больных [1,2,3]. Поэтому проблемы диагностики туберкулезного менингита остаются актуальными.

Цель. Изучить особенности течения и исходы туберкулезного менингита в условиях реализации стратегии DOTS.