

- Prin examenul profilactic au fost depistați 34% pacienți, fiind cu evoluție clinică variată.
- Tratatamentul, monitorizarea și evidența ulterioară a adolescenților cu TB pulmonară extinsă este similară cu aceasta la adulți.
- TB pulmonară la adolescenți are caracteristici similare cu TB la adulți, care evidențiază rolul important al adolescenților în transmiterea bolii în comunitate.
- Profilaxia, depistarea precoce și vindecarea tuberculozei la adolescenți – o condiție necesară pentru rezolvarea problemei de tuberculoză.

Bibliografie selectivă

1. Alvarez Martín T, Merino Arribas JM, Ansó Oliván S, Montero Alonso R, Gil Rivas MT, Aldea Martínez J, Sánchez Martín J. Clinical and radiological characteristics of primary tuberculosis in adolescents. *An Esp Pediatr*. 2000 Jan;52(1):15-9.
2. Im BC, Kim Y, Kim KS, Kim YW, Kim EY, You EJ, You JH, Cho HM. Clinical Review of Pulmonary Tuberculosis in Teenagers According to the Involved Lung. *Korean J Pediatr Infect Dis*. 2010 Dec;17(2):148-155.
3. de Pontual L, Balu L, Ovetchkine P, Maury-Tisseron B, Lachassinne E, Cruaud P, Jeantils V, Valeyre D, Fain O, Gaudelus J. Tuberculosis in adolescents: A French retrospective study of 52 cases. *Pediatr Infect Dis J*. 2006 Oct;25(10):930-2.
4. Белобородова И. Г., Чугаев Ю. П. Клинико-эпидемиологическая характеристика туберкулеза у детей старшего школьного возраста и подростков // Пробл. туб. и бол. легк. – 2003. – № 6. – С. 6–9.
5. Губкина М. Ф., Овсянкина Е. С. Основные факторы риска развития туберкулеза у детей и подростков // Пробл. туб. и бол. легк. – 2005. – № 1. – С. 10–13.
6. Келасова Н.А. Туберкулез органов дыхания у подростков. Основные причины формирования распространенных процессов. Дисс. ... канд.мед.наук. Москва - 2007.
7. Копылова И.Ф., Смердин С.В., Вертячих М.Г. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков // Кемерово – 2007, - 152 с.
8. Похитонова М. П. Клиника, диагностика и профилактика туберкулеза у детей. – М., 1965. – 300с.
9. Полуэктова Ф. Г. Особенности течения и эффективность лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких у подростков. Дисс. ... канд.мед. наук. Москва – 2004
10. Русакова Л. И. Остропрогрессирующие формы легочного туберкулеза у подростков // Пробл. туб. – 2001. – № 1. – С. 31–34.
11. Туберкулез у детей и подростков. Руководство для врачей / под. ред. Е. И. Янченко, М. С. Греймер. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб, 1999. – 336 с.
12. Туберкулез у детей и подростков. Руководство / под. ред. О. И. Король, М. Э. Лозовской. – СПб., 2005. – 424 с.
13. Фирсова В.А. Туберкулез у подростков: диагностика, клиника, лечение. // Пробл. туб. и бол. легк. – 2003. – № 3. – С. 23–26.
14. Щеплягина Л. А. Прогноз развития научных исследований в педиатрии на 2006-2010 гг. / В. Ю. Альбицкий [и др.] // Вопросы современной педиатрии: научно-практический журнал / Союз педиатров России (М.). — 2006. — Том 5, N 6. — С. 106-109.

Rezumat

Scopul acestui studiu a fost de a investiga particularitățile clinice și radiologice a tuberculozei pulmonare cu procese extinse la adolescenți. Prin examenul profilactic au fost depistați 34% din pacienți. Contact cu bolnavii de tuberculoză s-a constatat în 65,9% din cazuri. Formele secundare a bolii au fost diagnosticate în 100% din cazuri. Ambii plămâni au fost afectați la 53,2% de pacienți. La 80,8% adolescenți procesul a fost cu distrucție a țesutului pulmonar. TB pulmonară la adolescenți are caracteristici similare cu TB la adulți, care evidențiază rolul important al adolescenților în transmiterea bolii în comunitate.

Summary

Particularities of pulmonary tuberculosis with extensive processes in adolescents

The aim of this study was to investigate clinical and radiological particularities of pulmonary tuberculosis with extensive processes in adolescents. Prophylactic examinations revealed 34% of the patients. A history of contact with TB was found in 65.9%. Secondary forms of the disease were diagnosed in 100% of cases. Both lungs were affected in 53.2% of the patients. In 80.8 % of the adolescents, the process was accompanied by destructions. Pulmonary TB in adolescents has similar characteristics to TB in adults, evidencing the important role played by adolescents in community disease transmission.

PARTICULARITĂȚILE TUBERCULOZEI LA ADOLESCENȚI

Stela Kulcițkaia¹, Valentina Vilc¹, Aurelia Ustian¹, Lara Bivol², Tatiana Bilevici³, Aurelia Molodojan, Ala Zamornea¹

Catedra Pneumoftiziologie, USMF „Nicolae Testemițanu”¹, IMSP, SCMF², CMF Nr. 11 AMT Rîșcani, CMF Nr. 1 AMT Botanica³, Chișinău

Republica Moldova se plasează printre țările din Europa cu cea mai înaltă incidență prin tuberculoză. Tuberculoza la adolescenți în Republica Moldova nu este bine studiată, și datele cercetării sunt de mare relevanță. Rămâne relevantă studierea particularită-

ţilor evoluţiei clinice a tuberculozei la adolescenţi. Numărul de lucrări consacrate acestei probleme este nesemnificativ [11, 15, 17, 19]. Rămân nerezolvate multe întrebări şi probleme practice, cum ar fi cercetarea structurii clinice a tuberculozei la adolescenţi, studiu privind rolul tuberculinodiagnosticii, precum şi particularităţile diferitelor forme clinice de tuberculoză la adolescenţi.

Particularitatea vârstei de adolescenţă este cauzată în primul rând de o restructurare profundă a sistemului endocrin, imperfecţiunile şi instabilitatea stării funcţionale a principalelor sisteme de reglementare a organismului, în special în sfera psiho-emoţională, care ne permite să-i referim la grupa de risc, atât în patologia generală cât şi în ftiziologie. Caracterul evoluţiei şi progresarea procesului la aceşti pacienţi este determinată nu numai de masivitatea infecţiei, durata contactului, dar şi de starea de reactivitate nespecifică a organismului [5, 6, 17].

Grupele de risc sunt acele grupuri la care fie riscul de a contracta infecţia tuberculoasă este mai mare decât în populaţia generală, fie probabilitatea de a evolua spre boală odată infectaţi este mai mare. Factorii de risc în dezvoltarea tuberculozei la copii şi adolescenţi sunt studiate de mulţi savanţi [1, 3, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14], dar ei nu sunt constanţi şi sunt supuşi schimbărilor dinamice permanente, în legătură cu ce este necesară modificarea şi perfecţionarea grupelor de risc în dependenţă de situaţia epidemiologică şi social-economică din teren.

În ultimii ani, printre adolescenţi, cât şi printre adulţi, creşte numărul pacienţilor cu forme extinse a tuberculozei pulmonare cu evoluţie progresivă. Incidenţă înaltă a tuberculozei la adolescenţi din focare de infecţie tuberculoasă şi din contacte cu pacienţii bacilari sugerează că regimurile de chimioterapie elaborate anterior, precum şi durata de evidenţă şi tratament nu furnizează întotdeauna efectul dorit [2, 8].

Una din cauzele ineficienţei tratamentului este rezistenţa *M. tuberculosis* la preparatele antituberculoase. Conform A.Г.Хоменко, în anul 1999, rezistenţa la preparate antituberculoase în rândul cazurilor noi a fost identificată în 50,1%, la recidivă - la 81,2%, la cazurile cronice - în 90,2% dintre pacienţi. Frecvenţa tulpinilor rezistente la preparate antituberculoase la adolescenţi cu cazuri noi de tuberculoză pulmonară are tendinţa distinctă de creştere. În marea majoritate a cazurilor se evidenţiază rezistenţa la preparatele antituberculoase de bază [2, 8, 16, 18]. În literatură sunt puţine date privind gradul de rezistenţă a MBT la adolescenţi, precum şi semnificaţia sa, în evoluţia tuberculozei şi a eficacităţii tratamentului.

Scopul. Evaluarea particularităţilor evoluţiei cli-

nice ale tuberculozei la adolescenţi şi determinarea factorilor de risc în dezvoltarea tuberculozei pentru optimizarea metodelor de depistare precoce şi îmbunătăţirea activităţilor de control a tuberculozei.

Material şi metode. Pentru aprecierea particularităţilor evoluţiei clinice, determinarea factorilor de risc sporit de îmbolnăvire şi eficacitatea tratamentului tuberculozei la adolescenţi au fost analizate 296 cazuri de tuberculoză la adolescenţi în vîrsta de la 14 pînă la 18 ani spitalizaţi în Instituţia Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal Ftiziopneumologie mun. Chişinău în perioada anilor 2007- iunie 2011.

Pentru colectarea materialului primar a fost folosită metoda extragerii informaţiei din formularele medicale şi cele statistice. Diagnosticul tuberculozei a fost confirmat prin testarea tuberculinică, investigaţii bacteriologice şi radiologice.

Rezultate. Repartizarea bolnavilor după vîrstă a fost următoarea: 50 (16,89%) au avut vîrsta 14-15 ani, cu vîrsta de 15-16 ani au fost 75 (25,33%), 16 - 17 ani - 80 (27,02%) şi de vîrsta 17-18 ani au fost 89 (30,06%), predominînd adolescenţii în vîrsta de 17-18 (30,06%) ani. Băieţii au suferit de tuberculoză - 148 (50%) proporţional cu fetele - 148 (50%).

După localitate au predominat bolnavii din mediul rural - 197 (66,55%), comparativ cu bolnavii din mediul urban - 99 (33,45%).

Studiind datele despre încadrarea în procesul de studii s-a stabilit, că au predominat adolescenţii organizaţi, alcătuiind 255 (86,14%), din care frecventau: licee - 157 (61,56%), şcoli profesionale - 79 (30,98%), colegii - 20 (7,84%). Adolescenţi neorganizaţi au fost 41 (13,85%).

A predominat metoda pasivă de depistare a tuberculozei (prin adresare cu simptome caracteristice tuberculozei) - în 161 (54,39%) din cazuri. S-a constatat, că din 136 adolescenţi depistaţi prin control profilactic - 69 (50,73%) au fost depistaţi la examinarea sistematică a contingentului din focarele de tuberculoză, aflaţi la evidenţa ftiziologului; 50 (36,76%) - la examinarea sistematică a grupelor cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză şi 17 (12,5%) copii prin control medical pentru studii.

În dependenţă de localizarea tuberculozei conform clasificării clinice propuse de OMS şi aprobată în Republica Moldova deosebim tuberculoza: pulmonară, extrapulmonară şi extrarspiratorie.

Diagnosticul de tuberculoză pulmonară a fost cel mai des stabilit - în 226 (76,01%) de cazuri, tuberculoza extrapulmonară a fost stabilită mai puţin decât tuberculoza pulmonară aproximativ de 4 ori, în 66 (22,29%) de cazuri. Tuberculoza extrarspiratorie

comparativ cu tuberculoza pulmonară a fost de 80 de ori mai puțin, s-a întâlnit în 4 (1,35%) din cazuri.

Frecvența formelor clinice conform localizării procesului este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Frecvența formelor clinice după localizarea procesului (%)

Forme clinice	n	%
TB pulmonară	226	76,01
TB extrapulmonară	66	22,29
TB extrarspiratorie	4	1,35
Total	296	100

După patogeneză tuberculoza se divizează în primară și secundară. La adolescenți a predominat forma secundară, care de obicei este caracteristică pentru adulți. Tuberculoza primară a fost depistată în puține cazuri: complex tuberculos primar în 8 (2,7%) cazuri și TB ganglionilor limfatici intratoracici în 34 (11,48%) de cazuri. Cel mai des diagnostic stabilit a fost forma de tuberculoza secundară – TB pulmonară infiltrativă - 195 (65,87%), cazuri de pleurezie exudativă au fost înregistrate 30 (10,13%), au fost depistate 6 (2,02%) cazuri de tuberculoză diseminată și 2 (0,67%) cazuri de TB generalizată, TB renală - 2 (0,67%) cazuri, TB fibro-cavitară - 1 (0,33%) caz. Cazuri de TB bronșiilor au fost înregistrate la 18 (6,08%) bolnavi.

Au fost constatate și cazuri de tuberculoză cu complicații. Procesul s-a complicat cu hemoptizie în 18 (6,2%) cazuri. Cazuri de TB cu clinica manifestă, cauzate de multiple diseminații au fost 48 (16,21%) de cazuri, cu distrucție - 82 (27,70%) de cazuri, ce indică la adresare și depistare tardivă.

La adolescenții cu localizare pulmonară a procesului s-au studiat datele examenului radiologic. Extinderea procesului în cazurile de TB pulmonară a fost diversă: localizarea extinsă (afectarea a 3 segmente și mai mult) a fost în 97 (32,77%) cazuri, localizare limitată (afectarea a 2 segmente) - în 199 (67,22%) de cazuri. Proces în formele pulmonare a fost localizat unilateral în 175 (59,12%) cazuri, localizare bilaterală, fiind în 121 (40,87%) cazuri.

Au fost analizate rezultatele examenului sputei pentru evidențierea BAAR. La 98 (33,10%) bolnavi examenul sputei pentru BAAR a fost pozitiv, dintre care prin microscopie directă la 36 (36,73%) bolnavi, prin cultură - la 40 (40,81%) și au fost cu rezultat pozitiv atât prin microscopie directă cât și prin cultură 22 (22,44%) adolescenți. Analiza sputei la BAAR prin microscopia directă a fost negativă la 198 (66,89%) adolescenți.

A fost analizată sensibilitatea la preparatele antituberculoase în cazurile culturilor cu rezultat poziti-

tiv - la 62 de pacienți. În 34 (54,8%) cazuri s-a constatat rezistență la preparatele antituberculoase de linia I, dintre care TB MDR a fost diagnosticată la 19 (55,9%) adolescenți, polirezistența la 9 (26,4%) și monorezistență a fost în 6 (17,7%) cazuri.

Aproximativ ½ din pacienți au avut diverse comorbidități. Pe prim plan din maladii concomitente s-au plasat anemiile, în 80 (64,5%) de cazuri, pe locul doi, în 17 (13,7%) cazuri s-au plasat maladiile tractului urinar (pielonefrite, cistite), urmate de maladiile bronhopulmonare în mod egal cu intervenții chirurgicale - câte 9 (7,25%) cazuri, diabet zaharat - 2 (1,6%), pancreatita cronică - 5 (4,03%) și hepatita virală B - 3 (2,4%) cazuri (tabelul 2).

Tabelul 2

Maladii concomitente (%)

Maladii concomitente	n	%
Anemie	80	64,5
Maladiile tractului urinar (pielonefrita, cistita)	17	13,7
Maladiile bronhopulmonare (bronșite, pneumoniile)	8	6,45
Intervenții chirurgicale (toracotomie, devierea septului nazal)	9	7,25
Diabet zaharat	2	1,6
Pancreatita cronică	5	4,03
Hepatita virală B	3	2,4
Total	124	100

Studiind datele despre debutul maladiei la adolescenții depistați prin adresare și cu stabilirea ulterior a TB s-a stabilit debut acut la 153 (51,68%) pacienți. Boala a evaluat cu debut subacut la 85 (28,71%) adolescenți. Insidios maladia a debutat la 58 (19,59%) pacienți.

În cazurile depistate prin metoda activă - 136 (46%) au fost aproximativ ¼ pacienți, care prezentau manifestări clinice la momentul examinării, dar nu s-au adresat la medic din diferite considerente.

Datele studiului au confirmat includerea manifestărilor clinice în două sindroame: sindrom de intoxicație, evidențiat la 194 (65,54%) pacienți și sindrom bronhopulmonar - la 180 (60,81%) pacienți. Astfel predomină manifestările clinice ale sindromului de intoxicație în pofida predominării localizării pulmonare a TB la adolescenți.

În procesul de stabilire a diagnosticului de tuberculoză, pînă la confirmare, a fost efectuat tratament nespecific (antibacterial nespecific, simptomatic) la 98 de pacienți, în special referitor la cazurile cu analiza sputei la BAAR prin microscopia directă negativă

Durata tratamentului nespecific în majoritatea cazurilor a fost de pînă la o săptămînă – 46 (47%), pînă la 2 săptămîni au primit tratamentul nespecific 30 (30,6%) adolescenţi, tratamentul nespecific a durat pînă la 3 săptămîni la 13 (13,26%) pacienţi şi mai mult de 3 săptămîni a fost durata acestui tratament doar la 9 (9,2%) bolnavi.

S-au studiat datele despre administrarea chimioprofilaxiei. Adolescenţi, care au primit chimioprofilaxia regulat au fost 112 (37,8%), neregulat au primit chimioprofilaxia 23 (7,7%). Nu s-a efectuat chimioprofilaxia la 161 de adolescenţi, diagnosticaţi ulterior cu TB, majoritatea fiind cei depistaţi prin metoda pasivă.

Rezultatele sensibilităţii tuberculice la adolescenţii examinaţi a fost apreciată după proba Mantoux cu 2 UT PPD-L, care a fost efectuată la momentul stabilirii diagnosticului în policlinică sau în staţionar. Testul tuberculinic demonstrează existenţa stării de hipersensibilitate a organismului la proteinele bacililor tuberculoşi, mai des dobîndită în rezultatul infecţiei cu *M.tuberculosis*.

În dependenţă de rezultatele obţinute reacţiile tuberculice locale au fost apreciate ca negativă, pozitivă normoergică sau pozitivă hiperergică. Reacţiile pozitive cu normoergie au fost înregistrate la majoritatea adolescenţilor - 201 (67,9%) de cazuri, hiperergie - în 71 (24,0%) şi în 24 (8,1%) cazuri - reacţie locală negativă.

Imunizarea antituberculoasă a fost analizată conform prezenţei semnului postvaccinal pe braţul stîng la adolescenţii bolnavi de TB. Majoritatea adolescenţilor - 287 (96,95%) au fost vaccinaţi, dintre care o cicatrice aveau 133 (44,9%) şi cu două cicatrice au fost 174 (58,78%). 9 (3,04%) pacienţi nu au fost vaccinaţi cu BCG, nu prezentau semn postvaccinal. Din 287 (96,95%) adolescenţi vaccinaţi 52(18,1%) au fost cu cicatrice mai mici de 4 mm, 235 (79,39%) au fost cu cicatrice mai mari de 4 mm.

La majoritatea adolescenţilor, în 249 (84,12%) cazuri, s-a identificat în anamneză contact cu bolnavii de tuberculoză, dintre care contact de familie a fost în 121 (48,5%) cazuri, contact de rudenie - în 33 (13,25%) cazuri, contact cu vecinii – în 12 (4,08%) cazuri, adolescenţii care au avut contact cu colegii în instituţii de învăţămînt - în 20 (6,8%) cazuri. 63 (25,3%) adolescenţi au fost depistaţi din focare de deces prin TB.

Analiza detaliată a sursei de infecţie pentru adolescenţii diagnosticaţi cu TB a denotat că, de regulă, sursa de infecţie au fost părinţii - mama şi tata, urmează contagiul cu sora sau fratele, mai rar bunicii - bunelul sau bunica şi alte rude, apoi vecinii de domiciliu şi colegii de liceu sau de şcolală profesionale. Doar

la 47 (15,87%) bolnavi adolescenţi nu s-a constatat contact evident cu bolnavi de TB (tabelul 3).

Tabelul 3

Sursa de infecţie TB pentru adolescenţi (%)

Sursa	n	%
Familia	121	48,5
Rudele	33	13,25
Vecinii	12	4,08
Colegii	20	6,8
Focar deces	63	25,30
Total	249	100

Statutul social al părinţilor, care în majoritatea cazurilor au servit drept sursă de infecţie, a fost diferit.

Venitul material şi, ca rezultat, calitatea alimentaţiei adolescenţilor cu TB a reieşit şi din numărul membrilor din familie: familii cu doi copii au fost în majoritate - 161 (54,39), iar familii numeroase, cu 3 copii şi mai mult au fost 135 (45,6%).

Condiţii nesatisfăcătoare de trai - cu locuinţe ne spaţioase şi aglomerate, au fost 249(84,12%) şi doar 47 (15,87%) adolescenţi locuiau în condiţii satisfăcătoare.

În ½ din cazuri părinţii adolescenţilor cu TB nu lucrau după specialitate sau efectuau lucru necalificat, dar erau încadraţi în câmpul muncii: mamele aveau serviciu în 84 (28,37%) şi taţii în 60 (20,27%) din cazuri. La majoritatea adolescenţilor părinţii nu erau încadraţi în câmpul muncii: mamele nu aveau loc de muncă în 171 (29,8%) şi taţii în 174 (26,2%) din cazuri. Părinţi cu grad de invaliditate au fost: mame - 10 (2%) şi taţi - 18 (4%). 54 de adolescenţi cu TB au fost din familii incomplete: fără mamă - 18 (4,4%), fără tată - 36 (8,9%).

Nu este recomandată spitalizarea de lungă durată a bolnavilor cu TB pulmonară, deoarece aceştia devin necontagioşi la scurt timp după iniţierea tratamentului. Durata internării depinde de gravitatea afecţiunii, imposibilitatea administrării tratamentului sub direcţie observare în ambulatoriu şi alte condiţii speciale.

După durata tratamentului în staţionar s-a repartizat în felul următor: pînă la 2 luni 32 (10,81%) pacienţi, 2-3 luni - 76 (25,67%), 3- 4 luni - 67 (22,63%), 4-5 luni - 70 (23,64%), mai mult de 5 luni - 51 (17,22%) din cazuri.

Repartizarea adolescenţilor diagnosticaţi cu TB după categorie conform strategiei DOTS a fost în felul următor: I categorie – 232 (78,37%), II categorie - 56 (18,9%), din categoria III nu au fost pacienţi, IV categorie - 8 (2,7%). Monitorizarea tratamentului a fost efectuată conform criteriului abacilării prin microscopie şi s-au obţinut următoarele date: în total pacienţi abacilaţi la 2 -3 luni de tratament - 56 (75,7%).

Succesul tratamentului conform strategiei DOTS

a fost stabilit cu aprecierea cazurilor: vindecat (abacilare la 5 și 6 luni de tratament) și tratament încheiat (efectuarea schemei de tratament) - în 249 (84,12%), eșec terapeutic - 23 (7,77%), abandon - 12(4,05%), au prelungit tratamentul în programul DOTS Plus 12 (4,05%). Eficacitatea tratamentului a fost pozitivă în 249 (84,12%) din cazuri.

Analiza factorilor de risc care favorizează dezvoltarea tuberculozei la adolescenți au arătat factori principali: contact cu bolnavi TB, condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, maladii concomitente, chimioprofilaxia neregulată, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă cu vaccinul BCG, părinții ne încadrați în câmpul muncii cu venit material insuficient, focar de deces TB.

Discuții. Rezultatele studiului efectuat a demonstrat că, predomină metoda pasivă de depistare a TB la adolescenți – examinarea simtomaticilor – 54,39% din cazuri. Prin adresare se depistează în primul rând bolnavii cu clinica manifestă și cu forme avansate ale bolii cu distrucție și diseminare, complicată cu pleurezie și hemoptizie, ce ne vorbește despre depistarea tardivă. Cele mai grave forme, TB generalizată și TB diseminată miliară nu s-au depistat. TB extraraportivă, care frecvent evaluează sub „măștile” altor maladii, s-a depistat la 13,7% adolescenți la adresare cu evoluție sub masca Pielonefritei cronice.

Un număr mic de adolescenți, care se aflau sub supravegherea ftiziopneumologilor sau a medicilor de familie până la depistarea tuberculozei (36,76%) caracterizează lucrul ineficient în grupele de risc.

La 39,6% adolescenți contact cu bolnavi de tuberculoză n-a fost depistat. La acești adolescenți, care s-au adresat la instituțiile medicale cu simptome caracteristice tuberculozei, sursa de infecție a fost depistată pe baza anchetei epidemiologice.

S-a caracterizat statusul social a familiilor: aproximativ în 70% cazuri adolescenții erau din familii social-dezadaptate (familii incomplete, alcoolismul părinților, modul de viață asocial, părinții fără loc de serviciu).

La 16,3% adolescenți vaccinarea BCG este neeficace, iar 3,04% de copii au rămas nevaccinați. Din 296 de adolescenți incluși în studiu numai 37,8% au primit chimioprofilaxia regulat.

Conform studiului efectuat s-au stabilit date, care corespund celor din literatura de specialitate. La adolescenți predomină formele de tuberculoză cu localizare pulmonară. După patogeneză au predominat formele secundare de tuberculoză la adolescenți, ce ne confirmă un contact cu sursa de infecție în perioada copilăriei precoce.

În literatura de specialitate se relatează depistarea BAAR prin microscopia directă, ceea ce am observat

și în acest studiu. Abacilarea adolescenților în urma tratamentului efectuat corect este obținută în majoritatea cazurilor, date care coincid cu cele din literatură.

Eficacitatea tratamentului este înaltă la adolescenți în cazurile respectării schemelor de tratament.

Concluzii

- Situația epidemiologică actuală a tuberculozei la adolescenți este caracterizată ca tensionată, cu frecvența înaltă a tuberculozei pulmonare infiltrative (68,7%), cu distrucție (27,7%) și diseminare (16,3%), prezența multidrorezistenței MBT la preparatele antituberculoase (9,4%).

- Predomină metoda pasivă de depistare a TB la adolescenți – prin adresare cu simptome caracteristice tuberculozei – 161 (54,39 %), incluzând cazurile cu clinică manifestă și cu procese avansate ale bolii: cu diseminare și/sau distrucție, complicate cu hemoptizie, ce ne vorbește despre depistarea tardivă.

- Prin metoda activă TB la adolescenți a fost depistată la 136 (46 %) cazuri, dintre care control profilactic – 50,73% prin examinarea sistematică a contingentului din focarele de tuberculoză aflați la evidența ftiziologului, la examinarea sistematică a grupelor cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză – 36,76 % și 12,5 % adolescenți prin control medical pentru studii.

- Factorii de risc a tuberculozei la adolescenți sunt: condițiile de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, contact cu bolnavi de TB, maladii concomitente, focar de deces TB, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG, chimioprofilaxia neregulată.

- Eficacitatea tratamentului a fost pozitivă în 249 (84,12%) cazuri.

Bibliografie selectivă

1. Lienhardt C, Sillah J, Fielding K, et al. Risk factors for tuberculosis infection in children in contact with infectious tuberculosis cases in the Gambia, West Africa. *Pediatrics*. 2003 May;111(5 Pt 1):e 608-14.

2. Аксенова В.А., Лугинова Е.Ф. Лекарственно-резистентный туберкулез у детей и подростков // Пробл. туб. – 2003. – №1. – С. 25–28.

3. Губкина М.Ф., Овсянкина Е.С. Основные факторы риска развития туберкулеза у детей и подростков. // Пробл. туб. – 2005. - № 2. – с. 10-13.

4. Келасова Н. В., Аксенова В. А. Факторы риска и их влияние на развитие распространенных форм туберкулеза у подростков. // Пробл. туб. – 2007. - № 12. – с. 21-24.

5. Келасова Н. В. Туберкулез органов дыхания у подростков. Основные причины формирования

распространенных процессов. Дисс. ... канд.мед.наук, 2006.

6. Кузнецов Е. А. Эпидемиологическая и клиническая характеристика туберкулеза у детей старшего возраста и подростков в современных условиях. Автореф. дис. док. мед. наук. Москва, 2008.

7. Куфакова Г.А., Роменский А.А. К вопросу о факторах развития заболевания туберкулёзом у детей и подростков в интернатных учреждениях. // Туберкулёз сегодня: проблемы и перспективы. Научные труды и материалы конференции посвящённой памяти М.М. Авербаха. М., 2000 – с. 142-143.

8. Лугинова Е.Ф., Иванова А.П. Лекарственно-устойчивый туберкулёз у детей и подростков. // Туберкулёз сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – Москва, 2003. – с. 145-147.

9. Митинская Л.А., Иванова Е.С., Куфакова Г.А. Туберкулёзная инфекция у детей и подростков детских домов и школ-интернатов и оптимизация профилактических мероприятий среди них. // Пробл. туб. – 1993. - № 5. – с. 2-4.

10. Моисеева О. В. Влияние факторов риска на заболеваемость детей в очагах туберкулезной инфекции и разработка алгоритма противотуберкулезных мероприятий. Автореф. дис. док. мед. наук. Екатеринбург, 2007.

11. Овсянкина Е.С. Проблемы туберкулеза у детей и подростков в условиях роста эндемии заболевания. "Медицинская газета", № 38, 27 мая 2009 г., с. 8 - 9.

12. Овсянкина Е.С., Заховаева Е.Н., Куфакова Г.А. и др. Противотуберкулёзная помощь детям и подросткам из групп риска по туберкулёзу. // Пробл. туб. – 2001. - № 1. – с. 9-12.

13. Овсянкина Е.С., Заховаева Е.Н., Стахеева Л.Б. Дефекты профилактической противотуберкулёзной работы в педиатрических учреждениях общей сети, как фактор развития туберкулёзной инфекции у детей и подростков. // Туберкулёз сегодня: проблемы и перспективы. Научные труды и материалы конференции посвящённой памяти М.М. Авербаха. М., 2000 – с. 211-213

14. Русских Н.Ю. Факторы риска развития туберкулеза и особенности клинического течения заболевания у детей и подростков из социально-дезадаптированных семей. Автореф. дис. док. мед. наук. Москва, 2009.

15. Туберкулёз у детей и подростков. Руководство для врачей. / Под. ред. Е. Н. Янченко, М.С. Греймер. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Гиппократ, 1999.

16. Туберкулёз. Руководство для врачей. / Под. ред. А. Г. Хоменко. – М.: Медицина, 1999.

17. Фирсова В.А. Туберкулёз у подростков: диагностика, клиника, лечение. // Пробл. туб. – 2003. – №3. – С. 23–26.

18. Фирсова В.А., Русакова Л.И., Полуэктова Ф.Г. и др. Течение туберкулеза легких у подростков в зависимости от разной степени лекарственной резистентности // Пробл. туберкулеза. – 2002. – № 12. – С.23-25.

19. Шурыгин А. А. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики туберкулеза у детей и подростков. Автореф. дис. док. мед. наук. Москва 2009.

Rezumat

În studiu au fost incluse 296 de cazuri de tuberculoză la adolescenți în vîrsta de la 14 pînă la 18 ani depistați în perioada anilor 2007 - iunie 2011. Predomină metoda pasivă de depistare a TB la adolescenți – 161 (54,39 %). Situația epidemiologică actuală a tuberculozei la adolescenți este caracterizată ca tensionată, cu frecvența înaltă a tuberculozei pulmonare infiltrative (68,7%), cu distrucție (27,7%) și diseminație (16,3%), prezența TB MDR (9,4%). Factorii de risc a tuberculozei la adolescenți sunt: condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, contact cu bolnavi de TB, maladii concomitente, focar de deces TB, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG, chimioprofilaxia neregulată.

Summary

Features of tuberculosis in adolescents

The study included 296 cases of tuberculosis in adolescents aged from 14 up to 18 years diagnosed during the years 2007 - June 2011. Prevailing method for detecting TB patients is passive - 161 (54,39%). Current epidemiological situation of tuberculosis in adolescents is characterized as a tense, high frequency of infiltrative pulmonary tuberculosis (68,7%), with destruction (27,7%) and dissemination (16,3%), presence of MDR TB (9,4%). Tuberculosis risk factors in adolescents are poor living conditions, failure of chemoprophylaxis, contact with TB patients, concomitant diseases, and outbreak of TB deaths, non-vaccination or poor quality BCG vaccination, irregular chemoprophylaxis.

DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC AL TUBERCULOMULUI CEREBRAL (CAZ CLINIC)

¹V. Botnaru, ²Elena Botoșanu,

²Doina Rusu, ²Ecaterina Jechiu, ³S. Marga,

¹USMF "Nicolae Testemițanu"

²Institutul de Ftiziopneumologie
„Chiril Draganiuc”

³IMSP, Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Tuberculoza este o problemă globală majoră de sănătate. Afectarea sistemului nervos central (SNC) este cea mai importantă dintre toate formele de tuberculoză extrapulmonară. Este estimat că circa 10% dintre toți pacienții cu tuberculoză au și o variantă de tuberculoză a SNC (Tabelul 1), astfel că incidența