

с МЛУ-ТБ среди пациентов, которые находились на лечение, было найдено в 68% случаев среди обследованных пациентов.

**Ключевые слова:** Микобактерия туберкулеза, туберкулез, ре-инфекция, внутрибольничная инфекция, генотипический анализ.

## PLEUREZIA EXSUDATIVĂ TUBERCULOASĂ: INFORMAȚII DIAGNOSTICE MODERNE ȘI EFICACITATEA TRATAMENTULUI LIMFOLOGIC NOU

*Valeriu Djugostran*<sup>1</sup>, dr.hab. în med., conf. cerc., *Vasile Antipa*<sup>1</sup>, dr.în med., conf. cerc., *Olga Calenda*<sup>1</sup>, *Loreta Zlepca*<sup>1</sup>, *Irina Levenco*<sup>1</sup>, *Cezara Conovali*<sup>1</sup>, *Svetlana Garaev*<sup>2</sup>, dr.în biol., *Galina Redcozubov*<sup>2</sup>, *Galina Postolatii*<sup>2</sup>, *Igor Casian*<sup>3</sup>, dr.în med., *Ana Casian*<sup>3</sup>, dr. în med.

<sup>1</sup>Institutul Ftizio pneumologie "Ch.Draganiuc";

<sup>2</sup>Institutul Fiziologie și Sanocreatologie AȘ RM,

<sup>3</sup>USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău  
e-mail: val\_djug@yahoo.com

Tuberculoza la etapa actuală este caracterizată prin creșterea incidenței, sporirea frecvenței formelor multidrogrezistente, a cazurilor de progresare și a mortalității. Circumstanțele menționate cauzează sporirea incidenței PPET. Ponderea lor la maturi variază între 3-11%, iar din toate pleureziile exsudative constituie de la 14% (în țările dezvoltate) până la 30-85% - în țările cu situație social-economică precară. Tuberculoza pleurală este și cea mai frecventă manifestare extrapulmonară a tuberculozei. Actualmente în lume și în Republica Moldova crește frecvența asociației tuberculozei cu HIV/SIDA și datorită acestui fapt patologia dată devine mai periculoasă, mai des întâlnită și mai severă, alcătuind 60% din toate cazurile de tuberculoză extrapulmonară, iar coexistența PPET cu tuberculoza pulmonară variază la acest contingent între 34 și 50%.

**Obiectivul și sarcinile.** Optimizarea diagnosticului etiologic și a tratamentului pleureziilor exsudative în baza elucidării particularităților spectrofotometrice, cromatografice ale efuziilor patologice și crearea tehnologiei curative noi științific argumentate.

**Desingul studiului:** prospectiv, monocentric, controlat, descriptiv/intervențional (model de interven-

ție: tratament paralel în loturi). Mascarea: personalul laboratoarelor n-a fost informat despre tratamentele aplicate. Scopuri prioritare: perfecționarea tratamentului și studierea unor momente de patogenie.

**Clasificarea scopului final:** determinarea eficienței și a siguranței tratamentului bolnavilor de PPET, administrând complexul curativ propus bazat pe metodele limfologiei curative. În loturi au fost bolnavi de ambele sexe în vârstă de peste 18 ani.

**Criteriile de includere:** acord informat (semnătura); etiologia pleureziei era confirmată cu ajutorul adenosin desaminasei, ori alte probe specifice; au predominat cazuri noi și care anterior n-au fost tratați cu corticoizi; nu erau incluse femei gravide, ori în perioada de alăptare.

**Criteriile de excludere:** pacienții seropozitivi la HIV/SIDA; refuzul de a fi investigați, or de a se efectua proceduri tematic; meningita tuberculoasă; contraindicații sau riscuri legate de administrarea corticosteroizilor (diabeta zaharată, hipertensiunea arterială, ulcerul gastric, bolile psihice etc.) și imposibilitatea tratamentului cu doze standard a preparatelor antituberculoase.

**Material și metode.** În total cercetării au fost supuși 276 de persoane, dintre care 206 – bolnavi de pleurezie exsudativă (88 – de pleurezie nontuberculoasă). Pentru determinarea normelor regionale au fost cercetați 70 persoane sănătoase la 36 din care a fost determinată concentrația „moleculelor cu masa moleculară medie”, iar la 34 – fondul de acizi aminici în serul sanguin.

### **Metodele paraclinice de investigare specială:**

- aprecierea expresivității intoxicației prin determinarea concentrației și a caracteristicilor spectrofotometrice a substanțelor cu masa moleculară medie în revărsatul pleural și în sânge, după M.Я.Малахова, 1993 [10,11] (în varianta modificată de Casian I. și coaut., 2002) [1];

- examinarea cromatografică comparativă a componenței acizilor aminici în serul sanguin și în efuziile pleurale în PPET; examenul cromatografic (farmacocinetic) a lichidului pleural în PPET cu determinarea comparativă a concentrațiilor chimiopreparatelor în acest lichid în cadrul diferitor variante a administrării lor (oral, parenteral, ori endolimfatic);

- indexul hematologic de intoxicare Васильев B.C. și coautorii.

**Metodele de tratament.** În tratamentul bolnavilor de PPET din lotul de bază a fost administrat complexul metodelor limfologice alcătuit din:

a) corticoterapia endolimfatică regională indirectă (doza de corticoizi administrată în LB era substanțial

mai mică decât aceea descrisă în literatura de specialitate);

b) – chimioterapia endolimfatică regională indirectă cu soluție Isoniazidă 10% – 3 ml, nr. 30;

c) chimiopreparatele restante din schemele DOTS standard, s-au administrat oral. Dozele zilnice au corespuns recomandărilor experților Organizației Mondiale a Sănătății;

d) stimularea chimică globală a drenului limfatic cu preparatul Sorbilact.

Lotul bază a fost limitat în indicarea procedurilor fizioterapice cu efect anticongestiv, a inhalărilor, a instilărilor endobronșiale, ori intrapleurale cu antibiotice.

În tratamentul bolnavilor de PPET din lotul referință au fost administrate preparate antituberculoase conform schemelor DOTS standard, toracocenteza, etc., fără careva limitări formalizate. Durata medie în faza intensivă de tratament a alcătuit în LB – 59,8 ± 2,2, iar în LR – 74,8 ± 3,1 zile/pat ( $p < 0,1$ ), adică în LB - cu 15 zile mai puțin.

**Rezultate și discuții.** Studiind curbele spectrale a efuziilor pleurale s-a observat în unele diapason de unde, diferențe autentice, care pot fi importante pentru scopuri diferențial-diagnostice. Aspectul curbelor spectrofotometrice a exsudatelor se deosebeau vădit și semnificativ de aspectul curbelor sanguine a donatorilor, demonstrând o toxicitate pronunțată. Indicele S al efuziilor pleurale (aria sub curba spectrofotometrică – indicatorul toxicității probei) a demonstrat (Tabelul 1), că toxicitatea exsudatului tuberculos este veridic mai înaltă, decât cea a sângelui cu aproximativ 40%, fiind totodată de 2,6 ori mai mare decât cea a sângelui persoanelor sănătoase. Toxicitatea exsudatelor PPET a fost cu 20% mai înaltă decât a acelora de origine parapneumonică, însă care, nu diferă autentic. Toxicitățile sângelui în tuberculoza vis-a-vis de pneumonie diferă mai impresionant, fapt care poate fi explicat de unele momente patogenice, sociale și iatrogene. Toxicitatea sângelui determinată prin concentrația moleculelor medii la bolnavii de PPET era aproximativ de 2 ori mai mare decât la persoanele sănătoase.

S-a efectuat și determinarea concentrației preparatului Isoniazida în revărsatul pleural în dependență de metoda administrării lui cu scop curativ: bolnavilor din LB acest remediu s-a instilat prin metoda de terapie endolimfatică regională indirectă (limfotropă, terapie regională limfotropă indirectă) în doză de 0,3g. Concentrațiile create în revărsatul pleural se comparau cu cele determinate la pacienții din LR, care au primit preparatul per os în doză zilnică de 0,3g. Prelevarea probei revărsatului se efectua peste 24 de ore după administrarea descrisă pentru fiecare lot de pacienți.

Așa dar, în LB media concentrației preparatului în revărsatul pleural a alcătuit  $M \pm m = 2,36 \pm 1,3$  mg /l, iar în LR – doar  $M \pm m = 0,37 \pm 0,33$  mg /l, diferența fiind statistic semnificativă ( $P < 0,05$ ). Deci, în varianta curativă propusă în LB concentrația preparatului Isoniazida creată în revărsatul pleural este de 6,4 ori mai înaltă decât cea creată în cadrul medicației de rutină și în acest caz preparatul acționează local ca un antiseptic specific. Informațiile prezentate pot fi folosite pentru explicația superiorității efectului curativ obținut în LB în privința lichidării exudației în cavitatea pleurală și a evoluției procesului inflamator în foiele pleurale. Tot odată, trebuie de amintit, că în cca 25% din cazuri în efuziile pleurale la bolnavii de PPET se depistează MBT [4,5 și al.] cărora e necesar tratament antituberculos.

Anterior a fost constatat, că în maladiile pulmonare injectarea preparatelor endolimfatic indirect general asigură crearea în țesutul pulmonar, în ganglioni limfatici intratoracici și mediastinali a unor concentrații **veridic mai mari** decât în cazul administrărilor obișnuite. Aceste concentrații de antibiopreparate cu masa moleculară joasă se păstrau în țesuturile menționate și în sânge timp autentic mai îndelungat, decât după injectările intramusculare, ori intravenoase [12,14]. În lucrarea lui B.H. Молотков și coaut. 1983 [15] este elucidat un cerc larg al aspectelor clinice și paraclinice importante a terapiei endolimfatic directe efectuate prin cateter instalat în vas limfatic periferic, eficacitatea căreia fiind net superioară față

Tabelul 1

**Valorile toxicității lichidelor biologice (u.c.,  $M \pm m$ )**

Toxicitatea	Patologia		Donatori	$P_{1-3} <$	$P_{2-3} <$
	pleurezia tuberculoasă cu/ori fără tubercloză pulmonară	pleurezia netuberculoasă			
	1	2			
S exsud-lui	32,53 ± 1,45 *	27,99 ± 4,45**			
S sângelui	23,84 ± 1,94	16,21 ± 0,52	12,58 ± 0,89	0,001	0,01

Notă: \* - criteriul Student: diferențe veridice între S a exsudatului pleural și S a sângelui (în colonița 1 –  $P < 0,001$ ; \*\* - în colonița 2 –  $P < 0,02$ ).

Aspectul curbelor corespunde expresivității intoxicației apreciate cu ajutorul  $IHI_v$ .

de terapia intravenoasă în cadrul medicației bolnavilor de tuberculoză pulmonară. Autorii au demonstrat efectele dezintoxicante și imunomodulatoare pronunțate, influența benefică asupra sistemului de hemocoagulație, posibilitatea creării pe un timp îndelungat a concentrațiilor importante a canamicinei în limfă, peretele cavernei și în artera pulmonară la bolnavii de tuberculoză și a claforanului în revărsatul pleural [7,12]. Aceste fenomene au fost argumentate în lucrările lui Ю.М. Левин 1986, С.В. Лохвицкий și coaut., 1996 [8,9] și reconfirmate experimental recent de В.А.Черкасов și coaut. [13], care au demonstrat, că injectarea endolimfatică indirectă asigură menținerea în organism a concentrațiilor terapeutice a preparatului cu masa moleculară joasă pe un termen de cca 4 ori mai îndelungat decât cea intravenoasă. În acest caz nu apar concentrații toxice. Autorii au evidențiat superioritatea terapiei endolimfatică indirecte și față de cea endolimfatică directă, care necesită intervenții microchirurgicale. Oferind avantaje indiscutabile față de alte căi de administrare a preparatelor antibacteriene această metodă evită apariția unor concentrații toxice a preparatelor. Lucrarea acestor autori [13,14] a reconfirmat și rezultatele noastre cu referire la tuberculoză și farmacocinetica Isoniazidei, editate în 2001 [1,6]. În aceste lucrări a fost demonstrat, că injectarea limfotropă a Isoniazidei asigură prolongarea concentrației terapeutice a preparatului în sânge la bolnavii de tuberculoză pulmonară și avantajele ei față de injectarea intramusculară.

Prezentăm date referitor la cercetarea comparativă a eficienței tratamentului bolnavilor de PPET, folosind varianta curativă argumentată în studiul dat. În acest lot au fost incluși 30 de pacienți din LB, dintre care doar 5 sufereau de pleurezie fără lezarea parenchimei pulmonare, iar la 25 – pleurezia prezentă a fost diagnosticată concomitent cu procesul pulmonar infiltrativ tuberculos. Rezultatele obținute au fost comparate cu acelea a altor 15 bolnavi incluși în LR, care au primit tratament terapeutic obișnuit în conformitate cu schemele DOTS standarde în vigoare. În această cohortă doar la 3 persoane parenchimul pulmonar nu a fost implicat în procesul infiltrativ tuberculos. Antecurativ loturile au fost comparabile în aspectul celor mai importante caracteristici clinice și biologice, însă în LB erau veridic mai multe cazuri cu distrucții parenchimotoase printre bolnavii cu procese extinse. Tot odată, antecurativ starea pacienților din LB a fost mai severă, deoarece mai des s-au constatat semne clinice de intoxicare. În pofida acestui fapt, postcurativ starea pacienților a fost apreciată ca practic egală, deoarece majoritatea semnelor clinice au dispărut în ambele loturi.

Toți indicatorii de intoxicație ne-au demonstrat,

că postcurativ în ambele loturi a fost obținută ameliorarea sub formă de normalizare, ori evoluție pozitivă a acestor indicatori. Cel mai sensibil indicator hemoleucocitar de intoxicare –  $IHI_V$  a evidențiat, că antecurativ starea bolnavilor în LB a fost mai severă: cazurile cu devieri negative de la normă au fost semnificativ mai frecvente. Tot odată, după tratament, evoluția indicatorilor de intoxicație cu tendința spre normalizare și numărul cazurilor de normalizare a lor în LB a fost veridic mai mare.

Analiza evoluției distrucțiilor pulmonare evaluate radiologic a denotat următoarele: în LB din 25 bolnavi cu leziuni parenchimotoase distrucții au fost înregistrate la 12. Aceste schimbări patologice la finele curei tematice au dispărut în 7 cazuri – diferența frecvențelor între loturi a fost statistic autentică ( $P<0,02$ ). La un pacient cavitatea distructivă a staționat – ulterior la acest bolnav a fost depistată tuberculoză MDR. Încă la 4 bolnavi din LB cavitățile s-au micșorat (câte un caz de MDR, de diagnosticare tardivă cu distrucții multiple („plămân distrus”) și un caz agravat de etilism cronic (hepatită gravă etc. și ca urmare – întreruperi forțate de terapie antituberculoasă).

În LR din 6 cazuri cu distrucții parenchimotoase rata staționării acestui indicator important a constituit  $\frac{1}{2}$  (3 pacienți) ( $P<0,07$ , în favoarea LB). Cazuri de lichidare a distrucțiilor în LR n-au fost înregistrate. Frecvențele cazurilor cu micșorarea distrucțiilor în loturi – nu diferă. Așa dar, în LB s-a constatat avantajul tehnologiei curative propuse. La finele fazei intensive de tratament s-a constatat superioritatea semnificativă a tehnologiei propuse în obținerea lichidării exudației în cavitatea pleurală fără aderențe pleurale vizibile, ori depuneri pleurale pronunțate, iar rata lichidării pleureziei a fost mai mare cu 17%. Analiza eficienței abacilării efectuate prin metoda bacterioscopică, a demonstrat următoarele: antecurativ loturile erau practic comparabile, însă în LB de 4,7 ori mai frecvent s-au înregistrat pacienți care eliminau BAAR+, iar în LR au fost cu 16,7% mai mulți eliminatori de BAAR+++ . Postcurativ s-a atestat egalitatea rezultatelor. De notat, că durata medie a curei tematice și a supravegherii a alcătuit în LB –  $59,8 \pm 2,2$ , iar în LR –  $74,8 \pm 3,1$  zile/pat ( $p<0,1$ ).

Aceste rezultate, probabil, se datorează efectului sumar a corticoterapiei regionale și chimioterapiei endolimfatică regionale indirecte, ultima asigurând concentrații sporite al Isoniazidei în țesuturile adiacente a pleurei și ca urmare – filtrarea preparatului în cavitatea pleurală, unde s-a realizat acțiunea lui antiseptică. Aceste acțiuni, luate în ansamblu cu cea dezintoxicantă și de reglare a transportului interstițial-umoral a preparatului hiperosmotic poli-funcțional Sorbilact a putut fi cauza evoluției mai fa-

vorabile a procesului tuberculos, însoțite și de efectul dezintoxicant mai pronunțat în LB. În loturile studiate nu s-au înregistrat cazuri de progresare a pleureziei tuberculoase cu/ori fără tuberculoză pulmonară, la fel ca și cazuri de complicații din partea pulmonară sau a pleurei. Reacții adverse la chimiopreparate nu s-au înregistrat cu excepția unui caz în LB, agravat de etilism cronic, ciroză hepatică etc.

### Concluzii

1. Concentrațiile „moleculelor medii” în exsudatul pleural ( $32,53 \pm 1,45$  u.c.) sunt de 2,6 ori mai mari, iar în sânge la bolnavii de tuberculoză pulmonară agravată de pleurezie ( $23,84 \pm 1,94$  u.c.) – cu 40% mai mari decât acelea din sângele persoanelor sănătoase ( $12,58 \pm 0,89$  u.c.), indicând toxicitatea foarte înaltă ale acestor lichide biologice la bolnavi și gradul înalt de intoxicare a organismelor lor.

2. Monitorizarea cromatografică a farmacocineticii Isoniazidei a demonstrat, că peste 24 de ore după injectarea regională concentrația chimiopreparatului în exsudatul pleural ( $2,36 \pm 1,3$  mg/l) este de 6,4 mai înaltă decât cea creată după administrarea aceleași doze per os ( $0,37 \pm 0,33$  mg/l).

3. Tehnologia curativă propusă a demonstrat eficacitatea clinică, radiologică și bacteriologică mai înaltă decât în medicația de rutină.

### Lista abrevieri

- BAAR – bacili acid-alcoolo-rezistenți.  
 DOTS – (Directly Observed Treatment, Short-course) – “tratament sub supraveghere directă, pe o perioadă limitată”.  
 IHIV – indicatorul hemoleucocitar de intoxicare Vaseline V.S.  
 LB - lotul bază.  
 LR - lotul referință.  
 MDR - multirezistență.  
 PPET - patologie pleurală de etiologie tuberculoasă.  
 S – aria sub curba spectrofotometrică – indicatorul toxicității probei.

### Bibliografie

- Casian I., Djugostran V., Antipa V., Niguleanu A. *Monitorizarea concentrației preparatelor antibacteriene în organismul bolnavilor de bronhopneumopatii și tuberculoză*. Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și BPN. Chișinău, 2001; p.179.
- Light R.W. *Pleural diseases*. 3<sup>rd</sup> edn., Philadelphia: Williams and Wilkins, 1995; 455p.
- Light R.W., Lee Y.C.G. *Textbook of Pleural Diseases*. London, 2003; 553p.
- Todea D., Ariesanu N., Homorodeanu D., et al. *Clinical and bacteriological aspects in tuberculous pleural effusions*. ERS Annual Congress. 2007; p.659.
- Tovar M, Siedner MJ, Gilman RH, et al. *Improved*

*Diagnosis of Pleural Tuberculosis Using the Microscopic-Observation Drug-Susceptibility Technique*. Clin Infect Dis. 2008; 8: [Epub ahead of print].

6. Valica V., Djugostran V., Casian I., și al. *Evaluarea farmacocineticii comparative a terapiei cu injectarea Isoniazidei endolimfatică, sau intramuscular în tuberculoză pulmonară*. Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și BPN. Chișinău, 2001; p.177.

7. Баранов А.А. *Непрямая эндолимфатическая терапия – обоснование метода и его использование при лечении гнойно-воспалительных заболеваний*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1986; 20с.

8. Левин Ю.М. – *Основы лечебной лимфологии*. М., 1986; 286с.

9. Лохвицкий С.В., Гуляев А.Е., Ерликбаева Б.А. *Лейкоцитарный транспорт антибиотиков*. Клинические аспекты направленной доставки антибиотиков. М., 1996; 20с.

10. Малахова М.Я. *Метод регистрации эндогенной интоксикации*. С-Пб, 1995; 28с.

11. Малахова М.Я. *Методы биохимической регистрации эндогенной интоксикации*. Эфферентная терапия. М., 1995; 1: 61-64.

12. Овакимян Г.А. *Эндолимфатическая терапия заболеваний легких*. Автореф.дис. ... канд. мед. наук. М., 1989; 20с.

13. Черкасов В.А., Долгалева И.В., Шишло В.К. *Содержание тарцефоксима в сыворотке крови и лимфы экспериментальных животных при различных путях его введения*. Вестник лимфологии. М., 2005; 1: 43-47.

14. Чилингиров Р.Х. *Лимфотропные и эндолимфатические методы лечения гнойной хирургической инфекции (экспериментально-клиническое исследование)*. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1992; 45с.

15. *Эндолимфатическая терапия больных заболеваниями органов дыхания*. Метод. рекомендации. Сост. Молотков В.Н., Фещенко Ю.И., Пристайко Я.И. и др. Киев, 1983; 15с.

### Rezumat

Studiul este prospectiv, monocentric, controlat, descriptiv-intervențional și care confirmă superioritatea unui complex curativ bazat pe metodele limfologiei clinice față, doar, de tratamentul existent al pleureziei exsudative tuberculoase.

**Cuvinte-cheie:** Complex curativ; metodele limfologiei clinice și pleureziei exudative tuberculoase.

### Summary

In a prospective, single-center, controlled, descriptive/invasive study demonstrated the superiority of a new treatment technique based on the methods of all-clinical Lymphology, over existing treatments.

**Key words:** Complex treatment; lymphology methods; pleurisy tuberculosis.

**Резюме**

В проспективном, одноцентровом контролируемом, описательном/инвазивном исследовании показано превосходство новой лечебной технологии, основанной на методах общеклинической лимфологии, над существующими.

**Ключевые слова:** Лечебный комплекс; лимфологические методы; туберкулезный плеврит.

**FACTORII DE RISC SOCIO-ECONOMICI  
AI EȘECULUI TRATAMENTULUI  
TUBERCULOZEI PULMONARE ȘI  
ROLUL LUCRĂTORULUI ASISTENȚEI  
MEDICALE PRIMARE  
ÎN DEPISTAREA LOR**

*Evelina Lesnic*, asistent universitar  
Catedra Pneumoftiziologie,  
USMF „Nicolae Testemițanu”  
evelinalesnic@yahoo.com

**Introducere**

Tuberculoza (TB) reprezintă cea mai gravă problemă de sănătate publică, afectând populația la maxima activității economice. În 2010 au fost notificate 8,8 milioane de cazuri de TB și s-au înregistrat 1,1 milioane de decese, Regiunii Europene îi revine 5% din aceste cazuri, iar Moldova face parte din 18 de țări Europene cu cea mai înaltă incidență [5]. Obiectivele adoptate de OMS, este depistarea a 70% de cazuri noi de TB prin microscopie pozitivă și atingerea ratei de succes de 85% [5]. Odată cu instalarea crizei socio-economice în anii 1990, debutează agravarea continuă a indicatorilor epidemiologici ai TB, datorită lipsei optimizării reformelor în vederea ameliorării condițiilor sociale, alimentare și igienice a populației [2]. Însă în pofida măsurilor întreprinse pentru optimizarea tratamentului, rata de succes al DOTS rămâne mult sub obiectivul de 85%, prezentând valoarea maximă în 2006 – 62%, de atunci având tendință continuu descendentă 57,8% – 2008, 57,3% – 2009, 52,3% – 2010 [1]. Deasemenea rata eșecului terapeutic (ET) se menține la nivel mai înalt decât media europeană (5%) [1,3], Moldova prezentând valorile: 2001 – 18,5%, 2002 – 10,4%, 2003 – 12,1%, 2004 – 12,4%, 2005 – 10,9%, 2006 – 10,9%, 2007 – 9,2%, 2008 – 7,4%, 2009 – 6,2% și în 2010 – 19,6% (aici sunt incluși bolnavii înrolați în DOTS+ din cazurile noi) [1,3]. Cazurile de ET și abandon al tratamentului sunt principala cauză a succesului redus în Moldova [2]. Factorii de risc socio-economici ai ET n-au reprezentat subiect privilegiat al literaturii naționale și internaționale de specialitate.

**Scopul studiului**

Evaluarea cantitativă și calitativă a factorilor de risc sociali și economici ai eșecului tratamentului tuberculozei pulmonare și rolul lucrătorului asistenței medicale primare în depistarea lor.

**Obiective**

1. Studiarea caracteristicilor generale ale bolnavilor cu eșec terapeutic.
2. Evaluarea cantitativă și calitativă a factorilor de risc sociali și economici ai eșecului terapeutic.
3. Aprecierea rolului asistenței medicale primare în depistarea factorilor de risc sociali și economici ai eșecului terapeutic.

**Material și metode**

Lucrarea este o cercetare bazată pe studiul epidemiologic analitic. Pentru a descrie, analiza, compara și a deduce forța factorilor de risc social și economic au fost utilizate 2 loturi de pacienți, cazuri succesive respectând criteriile de includere și excludere din eșantion. Criteriile de includere au fost: eșantionul studiu (ES)-bolnavul de tuberculoză pulmonară caz nou, care în cursul tratamentului a fost definit eșec terapeutic; eșantionul control (EC) bolnavul de tuberculoză pulmonară caz nou, care a finisat tratamentul cu succes (vindecat, tratament încheiat). Pacienții incluși în studiu au fost internați, în cadrul a două spitale cu profil ftizio-pneumologic: Spitalul Municipal de Ftizio-pneumologie și IFP „Chiril Draganiuc”. Variabilele analizate și comparate au fost caracteristicile demografice, social-economice și particularitățile administrative de depistare a 198 de bolnavi cu TB pulmonară cu ET și 105 bolnavi de TB cu succes terapeutic (92-vindecați, 13-tratament încheiat). Loturile au fost examinate prin metodele: istorică, epidemiologică și statisticii descriptive. Pentru analiza datelor primare au fost calculate numărul absolut, procentajul, valoarea medie aritmetică, abaterea medie patratică, t calculat, valoarea p, riscul relativ (RR).

**Rezultate și discuții**

Rezultatele analizei generale a cazurilor, denotă că bărbații predomină în ES față de EC, 71,71% vs 62,85%, deși nesemnificativ statistic ( $p > 0,05$ ), conferind sexului masculin  $RR=1,16$  (CI 95% 0,96-1,403). La repartitia pacienților pe grupuri de vârstă, a rezultat predominarea nesemnificativă a bolnavilor la vârsta 25-44 de ani în ES 47,97% vs. 46,65% ( $p > 0,05$ ). Dezagregat pe sex, bărbații din grupul 25-44 de ani ai ES au predominat semnificativ 50,19% vs. 33,45% ( $p > 0,05$ ), iar femeile de 18-24 de ani au predominat semnificativ în ES 21,42% vs 17,95% și din grupul de vârstă 45-54 de ani 21,42% vs 14,95%.